



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE



PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

VIVIA SANTOS SANTANA

**PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL:
MATERIALIZAÇÃO NA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE**

São Cristóvão – SE
2018

PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: MATERIALIZAÇÃO NA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Sergipe, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosangela Marques dos Santos

**São Cristóvão – SE
2018**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Santana, Vivia Santos
S232p Projeto ético-político do Serviço Social : materialização na
saúde no município de Aracaju/SE / Vivia Santos Santana ;
orientadora Rosângela Marques dos Santos. – São Cristóvão,
2018.
191 f.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade
Federal de Sergipe, 2018.

1. Serviço social. 2. Estado. 3. Saúde pública – Aracaju(SE).
4. Política social. 5. Assistentes sociais. I. Santos, Rosângela
Marques dos, orient. II. Título.

CDU 364-787.9(813.7)

VIVIA SANTOS SANTANA

**PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: MATERIALIZAÇÃO NA
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Serviço
Social, da Universidade Federal de Sergipe,
como exigência para a obtenção do título de
Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosangela Marques
dos Santos

Aprovado em: _____ / _____ de 2018

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Josefa Lusitânia de Jesus Borges
Universidade Federal de Sergipe – UFS

Prof.^a Dr.^a Maria Cecília Tavares Leite
Universidade Federal de Sergipe – UFS

Prof.^a Dr.^a Jane Cláudia Jardim Pedó
Universidade Tiradentes – UNIT

Prof.^a Dr.^a Rosangela Marques dos Santos
Universidade Federal de Sergipe – UFS
Professora Orientadora – Presidente da Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela sabedoria, coragem e força que me foram concedidos para o alcance deste trabalho, por ter conseguido completar mais este importante ciclo da minha vida. Ao apoio incondicional dos meus amados pais, irmãos (Tauany e Vinícius) e todos que constituem minha linda família, por muitas vezes entenderem minhas lutas diárias e apaziguar os meus dias tão corridos com muito amor, carinho e paciência nesta incrível batalha chamada mestrado.

A Joeliton, meu noivo, pelo companheirismo, apoio, quando em alguns momentos precisei ausenta-me por causa da dedicação necessária aos estudos.

À minha amiga, Maria Florência, por sempre dividir comigo angústias e felicidades ao longo da minha vida, como também nesta etapa. Minha eterna gratidão por tudo, você é especial. Aos amigos Jeruzia, Vera, Jeane, Claudeir, Eduarda e Nilson, pelo aprendizado e crescimento que tenho em nossa convivência.

Aos amigos que conheci no mestrado, por compartilhar de momentos e vivências que só mestrado proporciona. Muito obrigada!

À minha orientadora, obrigada pelo incentivo, empenho, contribuições, disponibilidade e paciência ao longo de toda a trajetória do mestrado, expressei minha admiração e respeito, sou muito grata.

À banca examinadora, que aceitou o convite em colaborar com este trabalho, obrigada imensamente por todas as contribuições que foram importantes para construção desse estudo, sem vocês este trabalho seria inviável. Em especial, à Prof.^a Dr.^a Lusitânia Borges, a qual tive grande oportunidade de conhecer, dividir angústias, conhecimentos, aproveito para expressar todo o meu respeito, admiração e carinho, sou muito grata.

A todos os professores e funcionários do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UFS em especial, Walter, muito obrigada.

Às assistentes sociais que participaram da pesquisa, muito obrigada. Ao Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/SE, em especial a Lusivânia Borges, pela receptividade no processo de liberação para a coleta de dados.

Às agências CAPES/FAPITEC, pelo apoio financeiro, essencial para o desenvolvimento e finalização deste trabalho.

Por fim, agradeço a todos que por ventura possa ter esquecido de mencionar aqui, porém saibam que todos fizeram parte desta conquista, deixo um muitíssimo obrigada!

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar como vem ocorrendo a materialização do Projeto Ético-Político do Serviço Social na saúde, na Atenção Primária à Saúde (APS), no município de Aracaju/SE. Objetivou-se, especificamente, mapear as demandas e as respostas dos assistentes sociais nas Unidades de Saúde da Família (USF's) de Aracaju/SE; identificar as condições objetivas nas quais ocorrem essa intervenção; conhecer a articulação entre a atuação dos assistentes sociais nas USF's desse município e a materialização do Projeto Ético-Político do Serviço Social. A pesquisa está consubstanciada no materialismo histórico dialético, visto que proporciona o desvelamento das mediações entre aparência e essência, de modo a permitir a apreensão do objeto de estudo na perspectiva da concreticidade e totalidade, possibilitando ainda ao pesquisador a superação da análise conservadora. Trata-se de pesquisa do tipo exploratória, de natureza qualitativa, com utilização de fontes bibliográficas fundamentadas na revisão de literatura, tais como: livros, artigos em periódicos, teses, entre outros; fontes documentais que estejam direcionadas ao objeto de estudo, como: Código de Ética de 1993, Lei de Regulamentação da profissão (Lei nº 8662/1993), Diretrizes Curriculares de 1996, entre outras; além de fonte empírica, haja vista foi realizada entrevista individual, com utilização da técnica de entrevista semiestruturada. Deste modo, a pesquisa de campo foi realizada com oito assistentes sociais que atuam na política de saúde, designadamente nas USF's de Aracaju/SE. A análise dos dados permitiu constatar os resultados da presente pesquisa, dentre os quais destacam-se: algumas demandas não são condizentes com os aparatos legais da profissão; as respostas profissionais às demandas são perpassadas pela imediatividade, a qual permeia a realidade social em que as profissionais estão inseridas, limitando a atuação profissional na perspectiva do Projeto Ético-Político do Serviço Social; as condições de trabalho são atravessadas por diversos impasses que estão consubstanciados aos rebatimentos da contrarreforma do Estado na política de saúde, os quais se apresentam também enquanto desafios para atuação profissional das assistentes sociais, na perspectiva da materialização do Projeto Ético-Político. Entre tais rebatimentos, enfatiza-se: insuficiência de recursos financeiros e materiais para a execução de atividades na APS; má qualidade dos serviços prestados de saúde, como filas, burocratização, dificuldades de agendar exames, entre outros. Neste contexto, por fim, infere-se que a materialização do Projeto Ético-Político articulada à atuação profissional das assistentes sociais é permeada por limites, sendo essas profissionais desafiadas a buscar estratégias que ampliem e fortaleçam a consolidação dos princípios do projeto profissional do Serviço Social.

Palavras-Chave: Contrarreforma do Estado. Serviço Social. Projeto Ético-Político. Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze how the Ethical-Political Project of Social Work in Health, Primary Health Care (APS), in the city of Aracaju / SE, has been carried out. The objective was to map the demands and responses of social workers in the Family Health Units (USF's) of Aracaju / SE; identify the objective conditions in which such intervention occurs; to know the articulation between the action of the social workers in the USF's of that municipality and the materialization of the Ethical-Political Project of the Social Service. The research is embodied in the dialectical historical materialism, since it provides the unveiling of the mediations between appearance and essence, in order to allow the apprehension of the object of study in the perspective of concreteness and totality, enabling the researcher to overcome the conservative analysis. It is a research of the exploratory type, of a qualitative nature, using bibliographical sources based on literature review, such as: books, articles in periodicals, theses, among others; documentary sources that are directed to the object of study, such as: Code of Ethics of 1993, Law of Regulation of the profession (Law nº 8662/1993), Curricular Guidelines of 1996, among others; as well as an empirical source, once an individual interview was conducted, using the semi-structured interview technique. In this way, the field research was carried out with eight social workers who work in health policy, namely in the USF's of Aracaju / SE. The analysis of the data allowed to verify the results of the present research, among which the following stand out: some demands are not consistent with the legal apparatus of the profession; the professional responses to the demands are permeated by the immediacy, which permeates the social reality in which the professionals are inserted, limiting the professional performance in the perspective of the Ethical-Political Project of the Social Service; the conditions of work are crossed by several impasses that are consubstantiated with the refutations of the counterreform of the State in health policy, which also present themselves as challenges for the professional performance of social workers, in view of the materialization of the Ethical-Political Project. These include: insufficient financial and material resources to carry out activities in PHC; poor quality of health services, such as queuing, bureaucratization, difficulties in scheduling exams, among others. In this context, finally, it is inferred that the materialization of the Ethical-Political Project articulated to the professional performance of social workers is permeated by limits, and these professionals are challenged to seek strategies that broaden and strengthen the consolidation of the principles of the professional project of Social Work.

Keywords: State Counter-Reformation. Social Service. Ethical-Political Project. Health.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS	Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BIRD	Banco Internacional para a Construção e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BPC	Benefício de Prestão Continuada
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAS	Congresso Internacional de Assistentes Sociais
CBCISS	Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais
CEDEPSS	Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social
CEMAR	Centro de Especialidades Médicas
CEMCA	Centro de Especialidades Médicas da Criança e Adolescentes
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEPS	Centro de Educação Permanente em Saúde
CER	Centro de Especialização em Reabilitação
CEREST	Centro de Referência do Trabalhador
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CLS	Conselho Local de Saúde
CNR	Consultório de Rua
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRESS	Conselhos Regionais de Serviço Social
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DATASUS	Departamento de Informática o SUS
DC	Desenvolvimento de Comunidade
DIESSE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
EAD	Educação a Distância
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ENESSO	Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso

FMI	Fundo Monetário Internacional
HUSE	Hospital de Urgência de Sergipe
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MEB	Movimento de Educação de Base
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OSCIPs	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organizações Sociais
PAB	Piso de Atenção Básica
PEPSS	Projeto Ético-Político do Serviço Social
PMAQ	Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPP	Parceria Público Privado
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESP	Serviço de Saúde Pública
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFS	Universidade Federal de Sergipe
USF's	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
Capítulo I- O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: CONCEPÇÕES A PARTIR DO DELINEAMENTO CRÍTICO	23
1.1 A gênese do Serviço Social brasileiro: apontamentos importantes acerca da sua trajetória sócio-histórica.....	23
1.1.1 O Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina e a Renovação do Serviço Social brasileiro.....	30
1.2 Alguns pontos sobre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e Projetos Societários ...	40
1.2.1 A formação profissional do assistente social na contemporaneidade: considerações a partir da década de 1980 as exigências atuais	47
1.2.2 Código de Ética Profissional do Assistente Social de 1993, Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8662/1993) e Diretrizes Curriculares de 1996.....	53
Capítulo II- A POLÍTICA DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO CONTEMPORÂNEO	65
2.1 A política de saúde pública no Brasil no contexto da contrarreforma do Estado, a partir da ofensiva neoliberal: embate entre o projeto de saúde pautado na Reforma Sanitária e projeto privatista de saúde.....	65
2.2 A Atenção Primária à Saúde: apontamentos necessários	78
2.3 Serviço Social e Saúde	86
Capítulo III- ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A MATERIALIZAÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL	93
3.1 O lócus da pesquisa: contextualizando a Atenção Primária à Saúde no município de Aracaju/SE.....	93
3.2 A intervenção profissional do assistente social no âmbito das relações sociais.....	96
3.3- A atuação dos assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde em Aracaju/SE: limites e possibilidades para a materialização do Projeto Ético-Político do Serviço Social.....	99
3.3.1 Perfil dos assistentes sociais da Atenção Primária à Saúde em Aracaju/SE	99

3.3.2 Dimensões que efetivam o Projeto Ético-Político Profissional	107
3.3.2.1 Dimensão Teórico-Metodológica/ produção de conhecimento	107
3.3.2.2 Dimensão Técnico-Operativa/dimensão jurídico-política da profissão	123
3.3.2.3 Dimensão Ético-Política/dimensão política-organizativa	170
CONSIDERAÇÕES FINAIS	176
REFERÊNCIAS	181
APÊNDICES – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA	189
ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	191

INTRODUÇÃO

A política de saúde brasileira é perpassada por contexto de contradição. Tendo em vista que, por um lado, houve as conquistas de cunho democrático – tendo maior expressão com a promulgação da Constituição de 1988 –, por outro lado, na contemporaneidade, tem-se a ofensiva neoliberal. Destarte, a partir de 1990, com a contrarreforma do Estado consubstanciada no ideário neoliberal, os direitos sociais conquistados, expostos na Constituição mencionada, passaram a ser compreendidos e vistos como não prioritários, de modo que se passou a atender especialmente os interesses do mercado, ou seja, da lógica privatista.

Corroborar-se com Soares (2010), no sentido de que a política de saúde, em particular o Sistema Único de Saúde (SUS), concretiza-se de modo contraditório e conflituoso, defrontando-se constantemente tanto com a afirmação como com a negação do direito à saúde. Além disso, ainda em estudo realizado por Soares (2010), foi possível perceber o predomínio de demandas de natureza assistencial/emergencial postas para o assistente social inserido no campo da saúde pública. A partir de tal análise, é pertinente enfatizar que as ações direcionadas pelos profissionais do Serviço Social, na área da saúde, têm como objetivo principal garantir o acesso ao direito à saúde ao usuário, defendendo uma política de saúde pública com qualidade na perspectiva universal. De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2014), tais profissionais devem atuar norteados por quatro eixos, sendo estes: atendimento direto ao usuário; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.

O Serviço Social é uma profissão inserida e inscrita na divisão social e técnica do trabalho¹. Desse modo, o assistente social é requisitado a realizar intervenções nas diversas expressões da “questão social”². E no campo da saúde não é diferente, uma vez que são inúmeras as demandas institucionais e dos usuários impostas ao assistente social. Isso implica,

¹ Neste trabalho não se é tratado sobre o debate acadêmico acerca do Serviço Social como trabalho ou não, haja vista, não é objeto de estudo da análise desenvolvida. Todavia, é fundamental sinalizar que as análises construídas nesta dissertação corroboram com Iamamoto (2008b), a qual reflete acerca do Serviço Social como especialização do trabalho coletivo, partindo das relações sociais que constituem a sociedade capitalista. Assim, ao designar “atuação profissional”, ratifica-se com a análise mencionada de Iamamoto (2008), mas não se considera e não se adentra acerca da polêmica acadêmica sobre o fato de o Serviço Social ser ou não trabalho.

² [...] não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p.84).

consequentemente, nas respostas apresentadas pelos profissionais e na materialidade do Projeto Ético-Político do Serviço Social (PEPSS).

Neste contexto, compreende-se que a política de saúde no Brasil vem sofrendo também consequências devido ao processo de contrarreforma do Estado desde o ideário neoliberal de 1990. Nesta perspectiva, a contrarreforma do Estado a partir das convicções do projeto neoliberal, ou seja, do neoliberalismo, tem sua origem imbricada à crise estrutural do capital, na década de 1970, uma vez que se configura numa resposta para o enfrentamento da dita crise.

A partir da crise de 1970, a qual esteve vinculada ao exaurimento do modelo de produção taylorista/fordista, o próprio sistema capitalista procurou meios para se recuperar e dar continuidade ao seu projeto de sociabilidade burguesa, tais repostas estão consubstanciadas à reorganização produtiva e à ofensiva neoliberal. Conforme Behring (2008), este contexto em que o Estado centra-se ainda mais para atender os interesses do capital, mediante a política de ajuste neoliberal, estabelece, na verdade, nos termos da autora, a contrarreforma do Estado a partir do ideário neoliberal no Brasil, nos anos de 1990.

Nestes termos, destaca-se que o projeto neoliberal significa a ampliação de acumulação do capital, bem como a concentração do mesmo no cenário das grandes corporações internacionais, entre outros. Em contrapartida, para tanto, é necessário o enfraquecimento do Estado como responsável direto do campo social, ocasionando, desse modo, o enfraquecimento da participação do Estado no que condiz, principalmente, aos direitos sociais. Logo, torna-se fundamental fortalecer o setor privado, as leis do mercado, ou seja, o grande capital. Enfatiza-se, assim, que este cenário tem provocado alterações na relação do Estado com a sociedade.

Mediante este cenário, as alterações e mudanças ocasionadas na política de saúde e, consequentemente, no SUS, foram acentuadas perante o contexto da contrarreforma do Estado a partir do projeto ofensivo neoliberal. Entre as alterações e mudanças, particularizando-se na política de saúde, têm-se as formas de “aperfeiçoamento” do projeto de saúde pautado nos princípios da Reforma Sanitária, dentre as alterações mais incisivas, têm-se os novos modelos de gestão na saúde pública.

Todavia, é importante destacar, ainda, a ausência de efetividade do SUS na prática e a baixa qualidade perante a prestação dos serviços ofertados, fomentando conflitos no sistema mencionado. Assim, segundo Soares (2010), os tensionamentos presentes na política de saúde e, por conseguinte, no SUS, são justificados como de ordem administrativa, o que justifica de modo favorável a ampliação dos novos modelos de gestão na saúde pública, entre outros.

Ademais, Almeida (2003) ressalta que o SUS vem enfrentando, mediante este cenário, a necessidade de assegurar o básico, também perante ações de cunho preventivo e curativo, ou seja, na rede de Atenção Primária à Saúde (APS)³.

Nesta perspectiva, os reflexos dos ditames da contrarreforma do Estado a partir da ofensiva neoliberal, na política de saúde, desde 1990, proporcionaram o alargamento da privatização e mercantilização da saúde pública. Desse modo, os serviços de saúde intensificam como espaços que, obviamente, contribuem para a acumulação do capital.

Percebe-se a ampliação do projeto de saúde privatista, em detrimento do projeto de saúde enquanto direito universal direcionado pelos princípios defendidos pela Reforma Sanitária. Portanto, é pertinente acentuar que, em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), tal evento foi um momento ímpar para a política de saúde, pois motivou a Reforma Sanitária, defendendo a saúde como direito, de caráter universal, sendo ofertada pelo âmbito estatal. Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal (CF), a partir da qual o sistema de Seguridade Social tornou-se possível, abrangendo, entre outros, o direito à saúde, que passa a ser ofertada pelo Estado.

Porém, como já debatido, desde 1990, a contrarreforma do Estado a partir da lógica neoliberal passa a ser central no Brasil e apresenta uma série de desafios para a garantia do projeto de saúde condizentes com os princípios da Reforma Sanitária e que estão presentes no SUS. Haja vista, provoca uma verdadeira regressão dos direitos sociais garantidos na CF de 1988, como é o caso do direito à saúde. Desse modo, ressalta-se que os princípios da Reforma Sanitária foram comprometidos, já que estão diretamente voltados para uma saúde pública universal, em que a prática em saúde deve ser direcionada para a prevenção e a promoção, defendendo a participação e o controle social.

Nessa linha de raciocínio, as consequências também são trágicas para a execução das políticas sociais, haja vista, como já mencionado, os recursos e investimentos financeiros são mínimos para o social e máximo para o capital. Conforme Iamamoto (2009b), no contexto da contrarreforma do Estado a partir da ofensiva neoliberal, as políticas sociais são organizadas e caracterizadas mediante: privatização, descentralização e focalização, como é o caso da política de saúde na contemporaneidade. Destarte, corrobora-se, ainda, com os estudos de Soares (2010) de que não se tem a universalização da política de saúde, prevalecendo à

³ De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do Brasil vigente, a qual seja de 2012, destaca que os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica, ao considerar-se as atuais concepções, são termos correspondentes, equivalentes, que possuem o mesmo significado.

privatização e a mercantilização da saúde pública, de forma que sua ampliação é restrita e o seu enfoque acontece na assistência precária e fragmentada.

Logo, a ofensiva neoliberal como “[...] novo momento de expansão capitalista altera a demanda de trabalho do assistente social, modifica o mercado de trabalho, altera as condições de trabalho nos quais os assistentes sociais ingressam enquanto profissionais assalariados” (IAMAMOTO, 2009a, p.176).

A partir de tal análise, constata-se que esse cenário na contemporaneidade interfere na atuação profissional dos assistentes sociais também na área da saúde pública. Em vista disso, tais profissionais são requisitados a atuarem na execução das políticas sociais, combinando dimensões práticas que devem ultrapassar a intencionalidade do capital.

Mediante este contexto, todas as transformações ocasionadas perante a contrarreforma do Estado a partir das convicções do ideário neoliberal, tratando-se especificamente dos rebatimentos na política de saúde pública, os quais já foram apontados, afetam a atuação profissional do assistente social no campo da saúde pública, como no caso da APS, especificamente dos profissionais inseridos nas Unidades de Saúde da Família (USF’s), e que possuem a atuação profissional diretamente correlacionada à Estratégia Saúde da Família (ESF). Haja vista, a política de APS constitui-se como estratégia dos sistemas de saúde dos principais países que possuem como eixo norteador a universalidade do acesso à saúde.

Ressalta-se que essa conjuntura implica, também, nas demandas e nas respostas profissionais, no que diz respeito ao Serviço Social inserido no campo da saúde pública. Conforme Costa (2009), a maior parte das demandas do assistente social na saúde, como em hospitais, serviços especializados de saúde, USF’s, entre outras, centraliza-se em atender urgências sociais, isto é, demandas imediatas. Tal constatação, assim como as transformações decorrentes da contrarreforma do Estado a partir da ofensiva neoliberal, já apontadas, implicam diretamente na materialização do PEPSS durante o fazer profissional. Segundo Teixeira e Braz (2009), o PEPSS é materializado mediante a articulação das seguintes dimensões⁴: a primeira diz respeito à produção de conhecimento no interior do Serviço Social, a segunda às instâncias político-organizativas da profissão, e a terceira é a dimensão jurídico-política.

Em consonância com os estudos de Moreira (2006), afirma-se que as determinações e mediações que contribuem para a materialização do PEPSS perpassam, necessariamente,

⁴ É importante destacar que a articulação de tais dimensões/componentes são consideradas, para efeito deste estudo, conforme Teixeira e Braz (2009), como as que materializam o PEPSS, na realidade objetiva, ou seja, nos diversos espaços sócio-ocupacionais, como na saúde.

porém não exclusivamente, pelo contexto da formação profissional. Assim, reflete-se que os assistentes sociais precisam buscar ações, fazendo uso da relativa autonomia, durante o cotidiano profissional, que edifiquem estratégias articuladas às dimensões que materializam o PEPSS e, conseqüentemente, o projeto da Reforma Sanitária. Para tanto, é preciso compreender que o Serviço Social, enquanto profissão legalmente reconhecida e legitimada na sociedade, através do Movimento de Renovação do Serviço Social brasileiro, passou a ter uma visão crítica da realidade baseada na teoria marxista, bem como um caráter político-organizativo, por meio da conjunção de entidades representativas da categoria profissional, apresentando-se contra a ordem capitalista vigente.

Destarte, é pertinente considerar a conjuntura sócio-histórica em que o âmbito profissional encontra-se perpassado, bem como as condições objetivas nas quais ocorrem a atuação do assistente social, especialmente dos profissionais inseridos nas USF's. Assim, a atuação profissional não é condicionada exclusivamente à competência dos assistentes sociais, pois as condições em que perpassa e peculiariza a atuação profissional é permeada, ainda, pelo desenvolvimento das relações sociais vigentes na sociedade capitalista. Do mesmo modo, é preciso compreender o Serviço Social no âmbito das relações sociais, ou melhor, na totalidade da sociedade burguesa contemporânea. Portanto, tal contexto reflete significativamente na prestação dos serviços sociais e na materialização do PEPSS.

Mediante conjuntura tão adversa, este projeto, a partir da compreensão crítica da realidade social, tem como objeto de estudo: a atuação do assistente social, especialmente dos profissionais inseridos nas USF's de Aracaju/SE, e os desafios/ implicações para a materialização do Projeto Ético-Político Profissional.

Diante deste quadro, indaga-se: como se dá a atuação do assistente social na USF de Aracaju/Se na perspectiva da materialização do PEPSS?

Como questões centrais, surgem os seguintes questionamentos: Quais as demandas e respostas do assistente social na USF de Aracaju/SE no contexto da contrarreforma do Estado na política de saúde? Em quais condições objetivas ocorrem a atuação do assistente social na USF de Aracaju/SE? Como as transformações, a partir do contexto da contrarreforma do Estado na política de saúde, estão interferindo na relação entre a atuação do assistente social na USF de Aracaju/SE e a materialidade do PEPSS?

Por meio de tais considerações, foi definido como objetivo geral: analisar como vem ocorrendo a materialização do Projeto Ético-Político do Serviço Social na saúde na atenção primária, no município de Aracaju/SE. E como objetivos específicos: mapear as demandas e as respostas dos assistentes sociais nas USF's de Aracaju/SE; identificar as condições

objetivas nas quais ocorrem a intervenção dos assistentes sociais nas USF's de Aracaju/SE; e conhecer a articulação entre a atuação dos assistentes sociais nas USF's de Aracaju/SE e a materialização do Projeto Ético-Político Profissional.

Parte-se da hipótese de que se depreende, na área da saúde, o predomínio das seguintes demandas encaminhadas ao Serviço Social: burocráticas, imediatas, pragmáticas, entre outras, as quais determinam a atuação profissional do assistente social. Mediante essa conjuntura, os assistentes sociais encontram dificuldades para materializar o PEPSS no campo da saúde pública. No entanto, infere-se que experiências exitosas, mesmo permeadas por contradições, vêm se constituindo como respostas profissionais que direcionam para a concretude do PEPSS.

O interesse pelo objeto de estudo partiu da trajetória acadêmica e experiência profissional. Deste modo, durante a vivência acadêmica, a discente realizou e apresentou vários trabalhos referentes a investigações sobre Serviço Social e saúde, através da inserção em iniciações científicas e Estágios Supervisionados I e II na área da saúde. Após a conclusão da graduação, dando continuidade ao processo de formação profissional, ingressou em uma Residência Multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva Adulto-UTI, na Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, instituição a qual atende majoritariamente usuários do SUS.

Neste ambiente, teve a oportunidade de conhecer e compreender melhor a realidade social neste campo de atuação profissional. A partir destas afirmações e mediante a experiência profissional adquirida, enquanto assistente social residente de hospital que atende predominantemente usuários do SUS, surgiram inquietações/questões acerca da atuação do assistente social inserido nos serviços da saúde pública. Tais indagações estão correlacionadas à centralização de demandas imediatas, burocráticas, pragmáticas, entre outras, que consistem em direcionar as respostas profissionais na área da saúde, uma vez que é necessário ir além da imediatividade que se faz presente na realidade cotidiana. Além disso, compreende-se que esse contexto compromete também nitidamente a materialização do PEPSS no campo da saúde, nos dias atuais, visto que a centralização no atendimento dessas demandas pode ocasionar uma intervenção do assistente social, sem o processo de reflexão acerca da ação profissional pautada no projeto profissional do Serviço Social.

A justificativa deste estudo encontra-se no fato de que é existente a necessidade de compreender e expandir estudos locais sobre os reflexos do contexto da contrarreforma do Estado na política de saúde e na atuação do assistente social correlacionada à materialização do PEPSS. É importante, pois possibilita enxergar os limites impostos pelo cenário atual, mas

também pelas possibilidades que a realidade permite para a materialidade do referido projeto, visto que a sociedade é uma totalidade de contradições. Por conseguinte, tal reflexão possibilitará, ainda, a interligação entre a atuação profissional do assistente social, o compromisso assumido mediante o PEPSS e o projeto da Reforma Sanitária, no sentido de promover e ampliar elaborações, por parte do profissional, direcionadas à promoção à saúde universal, integral e com qualidade.

A fundamentação teórica metodológica deste trabalho está consubstanciada no materialismo histórico dialético de Karl Marx. A partir de tal método, é possível apreender o objeto de estudo da pesquisa em uma perspectiva de concreticidade e totalidade. Neste contexto, ressaltam-se as categorias de totalidade, contradição e mediação, uma vez que, segundo Netto (2009c), essas representam a concepção teórico-metodológica do materialismo histórico dialético de Karl Marx. Essas categorias, ainda de acordo com o autor supracitado, não são permanentes, pois se encontram em constante movimento, ou seja, são transitórias e históricas. Além disso, a construção do conhecimento concreto abrange: a singularidade, a universalidade e a particularidade, sendo necessário ressaltar, ademais, que em conjunto com as categorias de contradição e negação, conferem as determinações de aproximações sucessivas ao objeto de pesquisa.

Assim, reafirma-se que o materialismo histórico dialético parte de categorias reais, através das quais concebe-se as mediações (em que se é possível a aproximação ao objeto de estudo); dessas, chegam-se às abstrações e, ao superá-las, alcance-se o concreto. O alcance do abstrato-concreto limita-se ao nível da aparência do conhecimento, o que não deixa de ter sua importância. Porém, é preciso atingir ainda a essência. Esse caminho representa apenas o de ida, sendo necessário fazer o percurso de volta, o que possibilita uma vasta totalidade de complexos e determinações.

Neste sentido, a escolha deste método leva ao desvelamento das mediações existentes entre aparência e essência, possibilitando uma vasta totalidade de complexos e determinações e a descoberta da essência dos fenômenos sociais na realidade social. Dessa forma, possibilita a aproximação à totalidade da realidade social, a qual é vista criticamente como contraditória, histórica e dialética, de modo que permite ao pesquisador a superação da análise conservadora, superficial – superando a imediatez dos fatos.

A partir do materialismo histórico dialético, é possível conhecer a realidade social como dialética, contraditória e o homem como ser histórico-social. Por conseguinte, para compreender o presente, é necessário reconhecer o passado, entender que a realidade é

produzida por nós – ou seja, o homem pode alterar a natureza e a sociedade é dialética, vivendo em constante processo de modificação (KOSIK, 1976).

Logo, é necessário compreender o indivíduo como sujeito histórico que vive em uma sociedade contraditória. Assim, reafirmar-se que, a partir do método dialético, foi possível compreender os determinantes: histórico, social e econômico do contexto perpassado pelos sujeitos pesquisados, ocasionando, assim, a chegada até a essência dos fenômenos sociais presentes na realidade objetiva.

Desse modo, trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória de natureza qualitativa, mas não desconsidera os aspectos quantitativos. Assim, de acordo com Minayo (2009), os dados qualitativos e quantitativos não se opõem, mas se complementam. Dessa forma, o estudo apresenta caráter qualitativo, pois segundo Minayo (2009), a pesquisa qualitativa trabalha com uma realidade que não pode ser mensurada, dedicando ao espaço dos sentidos, incentivos, entre outros. A pesquisa qualitativa centra-se, por conseguinte, na interpretação da realidade concreta e objetiva, possibilitando a relação dialética com a totalidade.

O campo empírico da pesquisa foram as USF's do município de Aracaju/SE. Desta forma, o universo da pesquisa foi composto por assistentes sociais que atuam nas USF's do município mencionado. Destaca-se antemão que a cidade de Aracaju/SE possui quarenta e quatro USF's, divididas em oito regiões de saúde, além disso, cada unidade tem um assistente social, dessas USF's por critério de regionalização foram escolhidas oito unidades de saúde. Por conseguinte, a amostra constituída foi de um profissional por região de saúde, totalizando oito assistentes sociais entrevistadas, visto que, como já mencionado as USF's do município de Aracaju/SE estão divididas em oito regiões de saúde. A amostra esteve consubstanciada na qualidade e intensidade das respostas e nas divergências e contradições.

O processo de amostragem foi não probabilístico, posto que a amostra do tipo não probabilística é mais utilizada em pesquisas qualitativas. Nesta perspectiva, ressalta-se que a amostra escolhida não probabilística foi do tipo intencional. Segundo Marsiglia (2001), as amostras intencionais são utilizadas quando se deseja obter opiniões e/ou conhecer situações de determinados indivíduos ou serviços considerando sua especificidade, não essencialmente representativa do universo, porém parte dele. Desse modo, o critério para participação dos entrevistados na pesquisa foi: assistentes sociais que estivessem atuando em USF's do município de Aracaju/SE. Ademais, o critério de inclusão para a amostra foi ainda a acessibilidade e disponibilidade.

Minayo (2009) afirma que, no contexto da pesquisa qualitativa, a importância não se limita ao quantitativo dos sujeitos que irão participar da pesquisa, mas a preocupação

fundamental é acentuada nas atitudes, práticas, informações e conhecimentos dos sujeitos participantes.

As fontes bibliográficas utilizadas foram fundamentadas na revisão de literatura, com base na leitura de livros, teses, dissertações e artigos em periódicos referentes à temática. De acordo com Minayo (2009), a teoria é elaborada para esclarecer e apreender uma dada realidade. Assim, possibilita o processo de compreensão, que serve para e no desenvolvimento da pesquisa, orientando na aquisição e avaliação dos dados obtidos. Além disso, as fontes bibliográficas fundamentadas na revisão de literatura têm sua importância, ainda, no sentido de proporcionar aproximação com o conhecimento detalhado acerca do objeto de estudo analisado e investigado. No tocante às fontes documentais, foram tomados por base os documentos oficiais como: Código de Ética de 1993, Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8662/1993), Diretrizes Curriculares de 1996 e legislações vigentes direcionadas ao objeto de estudo.

O instrumento escolhido para a coleta de dados foi a entrevista individual. A entrevista é “[...] uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores [...] tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo” (MINAYO, 2009, p. 64). Nesta direção, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, tendo um roteiro que norteou o desenvolvimento da mesma. Desse modo, a entrevista semiestruturada é um instrumento privilegiado, pois combina perguntas abertas e fechadas, permitindo ao entrevistado maior possibilidades de respostas.

Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas entre os meses de setembro a dezembro de 2017, o tempo de duração oscilou entre uma hora e meia, e duas horas e meia, quanto ao local para consumação das entrevistas, acentua-se que as mesmas ocorreram nas próprias USF's. Entre as dificuldades enfrentadas para a realização das entrevistas destaca-se: conseguir uma data e horário para agendar a entrevista com os assistentes sociais que atuam nas USF's de Aracaju/SE; conseguir sala adequada, em algumas unidades para realizar a entrevista (algumas o barulho e demanda eram constantes). No entanto, foi possível preservar e manter o sigilo profissional, prezar as questões éticas e a qualidade das entrevistas.

Corroborar-se, assim, com Minayo (2009), de que o trabalho de campo representa a combinação entre as fontes bibliográficas fundamentadas na revisão de literatura, as fontes documentais e o instrumento utilizado para a coleta de dados, isto é, as entrevistas, proporcionando a confirmação ou contestação e a construção de novos conhecimentos.

Para o processo de análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo. Neste sentido, a análise de conteúdo tem seu início centrado “[...] na mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada” (FRANCO, 2008, p. 12). A partir da análise de conteúdo, é possível descrever, interpretar e compreender o conteúdo de mensagens num significado para além de uma simples leitura comum. Destarte,

A análise de conteúdo pode ser considerada como um conjunto de técnicas de análises de comunicação, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [...] A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção das mensagens, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos, ou não) (BARDIN, 1977 apud FRANCO, 2008, p.24, grifos do autor).

Assim, reafirma-se que a análise de conteúdo permite ao investigador compreender o que está por detrás do discurso, uma vez que, neste contexto, ainda segundo Franco (2008), têm-se sentidos que necessitam ser desvendados e revelados. Por conseguinte, a análise de conteúdo permitiu a realização de inferências perante os elementos/componentes da comunicação, ou seja, da entrevista, visto que as inferências conferem a interligação entre a análise de conteúdo e a fundamentação teórica.

Com efeito, a inferência possibilita a passagem da descrição à interpretação. Assim, o ato de apenas descrever a informação representa um valor diminutivo perante a competência teórica. Nesta perspectiva, de acordo com Franco (2008), o conteúdo da mensagem emitida deve ser relacionado a outro dado, representado por alguma forma de teoria, implicando comparações contextuais. O conteúdo dos dados coletados na entrevista foi interpretado tendo como base o referencial bibliográfico, buscando desvelar e compreender o que os participantes da pesquisa verbalizaram. Para tanto, foram estabelecidas, ainda, as categorias de análise, as quais, de acordo com Marsiglia (2001), podem referir-se a relatos de acontecimentos por parte dos sujeitos entrevistados ou a análises referentes a aspectos morais e sociais que os entrevistados fazem acerca desses acontecimentos, entre outros.

Portanto, é necessário enfatizar que as participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de modo que foi preservada a identidade das mesmas. Com efeito, foram respeitados os aspectos éticos, presentes na Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, a qual trata sobre pesquisas que envolvem seres humanos; e na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe acerca da realização de pesquisas na área de ciências humanas e sociais, também do Ministério da Saúde. O

projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e foi aprovado com o número do parecer 2.164.553.

Esta dissertação está organizada em três capítulos. O primeiro traz uma análise acerca dos elementos sócio-históricos que contribuíram para a solidificação do PEPSS, desvelando os determinantes que o envolve no contexto contemporâneo. Para isso, resgatou-se os principais apontamentos históricos referentes ao surgimento da profissão, destacando-se o processo do Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina e também seus reflexos para a Renovação do Serviço Social brasileiro, tendo em vista que tais processos foram fundamentais para a consolidação do PEPSS. Além disso, foram problematizados os elementos que caracterizam e materializam o PEPSS nos dias atuais.

O segundo capítulo apreende a política de saúde pública e o Serviço Social no contexto contemporâneo, o qual se encontra perpassado pela contrarreforma do Estado, porquanto se compreende que esta conjuntura traz rebatimentos para a atuação do assistente social inserido no campo da saúde pública e, conseqüentemente, também para materialidade do PEPSS. Assim, no primeiro item do capítulo realizou-se uma discussão acerca dos principais pontos que circunscrevem e particularizam a política de saúde pública no Brasil, na atualidade. No segundo item do capítulo foi apresentado um resgate histórico específico da trajetória da APS no contexto brasileiro, apontando ainda as principais características que a determinam na contemporaneidade, uma vez que APS situa o lócus institucional da pesquisa. Para finalizar o capítulo, no terceiro item do mesmo, foi realizada uma discussão teórica acerca do Serviço Social na saúde.

No terceiro capítulo foram apresentados e analisados os resultados obtidos mediante a realização da pesquisa empírica com as assistentes sociais inseridas nas USF's, em Aracaju/SE. Para tanto, no primeiro item do capítulo foi exposto uma análise sobre a APS no município referido. Posteriormente, ou seja, no segundo item do capítulo, foi realizada uma contextualização teórica acerca da atuação do assistente social no âmbito das relações sociais vigentes na sociedade capitalista. No terceiro item foi realizada análise de conteúdo dos depoimentos das participantes da pesquisa, através dos seguintes subitens: perfil das assistentes sociais da APS em Aracaju/SE, e dimensões que efetivam o PEPSS. Em seguida foram traçadas as considerações finais, ressaltando os principais resultados que circunscreveram o objeto de pesquisa do presente trabalho.

Capítulo I- O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL: CONCEPÇÕES A PARTIR DO DELINEAMENTO CRÍTICO

Este capítulo tem como objetivo analisar os determinantes sócio-históricos que culminaram na construção e consolidação do PEPSS no Brasil, mostrando os elementos que o circunscrevem na atualidade. Para tanto, foi necessário compreender os principais apontamentos históricos da gênese do Serviço Social no Brasil, o processo do Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina e sua influência para a Renovação do Serviço Social brasileiro, a partir do qual se tem as bases para a construção e consolidação do PEPSS. Foi preciso, ainda, apreender os elementos determinantes que caracterizam e materializam o PEPSS no contexto das relações sociais na contemporaneidade.

1.1 A gênese do Serviço Social brasileiro: apontamentos importantes acerca da sua trajetória sócio-histórica

As análises pertinentes acerca da gênese do Serviço Social no Brasil remetem-se ao fato de que é preciso compreender o surgimento da profissão no contexto do capitalismo dos monopólios, sendo necessário recuperar e identificar as diferentes perspectivas de análise a respeito dessa discussão. Assim, de antemão, é primordial entender o Serviço Social no âmbito das relações sociais vigentes na sociedade capitalista, como sendo partícipe do processo de reprodução das classes sociais, em que sua existência é justificada por apresentar respostas às demandas que advêm da relação contraditória entre capital/trabalho. Essa compreensão é fundamental, haja vista a profissão seja produto do modo de produção capitalista na sua fase monopolista.

Destarte, o capitalismo dos monopólios expande-se nos últimos anos do século XIX, é caracterizado por grandes grupos capitalistas que concentram e controlam ramos industriais, objetivando o controle dos mercados e a obtenção de maiores lucros, pautando-se no valor que tem que se valorizar, ultrapassando qualquer barreira e fronteira. Para isso, foi preciso a fusão do capital industrial e do capital bancário, culminando na financeirização do capital, ou seja, no capital financeiro e, consecutivamente, no aumento dos lucros, mediante centralização e concentração do capital.

Corrobora-se com Lênin (1985) quando este ratifica que o surgimento do capitalismo dos monopólios é marcado pela concentração de produção atingindo sua fase imperialista, isto é, “[...] o imperialismo é a fase monopolista do capitalismo” (LÊNIN, 1916 apud NETTO;

BRAZ, 2012, p. 193), em que a partilha do mundo se dá pelos monopólios, caracterizado, principalmente, pela exportação de capitais. Este contexto é marcado pela passagem do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, caracterizando, deste modo, a maturidade e desenvolvimento da sociedade burguesa, para uma ordem econômica e social superior, de modo que se intensificaram as disparidades econômicas, políticas e sociais.

De acordo com Mandel (1982), o aumento de capital excedente nos países desenvolvidos e a busca incessante por lucros traz como consequência a exploração dos países subdesenvolvidos, na medida em que se tem, especialmente, mão de obra e matérias-primas de forma barata, entre outros. O capitalismo não é homogêneo, seu desenvolvimento é desigual e combinado, existe uma dependência entre os países subdesenvolvidos e desenvolvidos. Esses precisam das vantagens obtidas a partir da exploração e aqueles dependem da exportação de capital para se “desenvolver”. É uma relação dialética, de contradição; a produção é socializada, mas a apropriação é privada, o que intensifica o subdesenvolvimento, a condição de atrasado e dependente dos países subdesenvolvidos perante os interesses dos desenvolvidos.

Desse modo, na era monopolista, as características ofensivas do capitalismo são intensificadas, de modo que a produção coletiva e a apropriação privada alcançam patamares de excelência, tendo em vista que o processo de produção opera-se através da internacionalização. Assim, “[...] o capitalismo monopolista conduz ao ápice a contradição elementar entre a socialização da produção e a apropriação privada: internacionalizada a produção, grupos de monopólios controlam-na por cima de povos e Estado” (NETTO, 1992, p. 24). Ressalta-se que o capitalismo monopolista não apresenta qualquer solução de cunho eficaz para nenhuma das contradições inerentes do modo de produção capitalista.

Neste contexto, tratando-se especificamente do Brasil e da sua transição para o modo de produção capitalista, a mesma acontece, de acordo com Coutinho (2005), pelos conceitos de Lênin a partir da “via prussiana”, na qual se conserva o arcaico e moderno, o que Coutinho ressalta por meio da obra de Caio Prado como “modernização conservadora”, e de Gramsci, através do conceito de “revolução passiva”, em que a transformação social e política deram-se “pelo alto”, sem a participação das massas populares. Isso significa que “[...] o capitalismo instituiu-se por aqui tentando minimizar os “custos democráticos” decorrentes do padrão civilizacional alcançado pela luta de classes [...]” (SANTOS, 2012, p.112-113).

É em meados da década de 1950 que a fase do capitalismo monopolista localiza-se no Brasil. Destarte, tal fase acentua o caráter de exploração por parte dos países desenvolvidos em relação aos subdesenvolvidos, como já apontado, intensificam-se as disparidades

econômicas, sociais e políticas, em que a heteronomia e a forma “retardatária” são marcas que fazem parte da história do Brasil nesse processo, sendo também particularidades do desenvolvimento desigual e combinado do modo de produção capitalista.

Segundo Netto (1992), as particularidades engendradas no capitalismo monopolista têm relação direta com a gênese do Serviço Social, quando o Estado passa a responder a “questão social” por meio das políticas sociais, criando ambiente para atuação do assistente social. Assim sendo, ainda segundo o autor supracitado, no capitalismo dos monopólios, a funcionalidade política do Estado encontra-se consubstanciada às finalidades econômicas, de modo que o Estado visa a atender e garantir os interesses do capitalismo monopolista, agindo em prol de sua expansão, ou seja, tem-se a refuncionalização do Estado a favor do capital.

De tal modo, a gênese do Serviço Social no Brasil é circunscrita na década de 1930, período no qual já tinha influências do capitalismo monopolista instituído nos países centrais. Em síntese, a partir daí, como já apontando, tem-se a institucionalização das respostas das expressões da “questão social” por parte do Estado, o qual demanda do assistente social para executar as políticas sociais para a classe trabalhadora. Percebe-se, do mesmo modo, que o Estado passa a oferecer respostas políticas perante as expressões da “questão social”. Ademais, salienta-se que o período mencionado encontrava-se marcado pelo modelo corporativista do Estado, pelo processo de desenvolvimento da industrialização e pela formação da classe trabalhadora.

Sabe-se, também, que as respostas apresentadas à “questão social” no Brasil por parte do Estado foram, inicialmente – e continuam sendo –, no contexto atual, marcadas por ações assistenciais permeadas pelo paternalismo, coronelismo, mandonismo, populismo, clientelismo, entre outros. Essas características particularizaram o surgimento e o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil. Ressalta-se que a “questão social” é inerente à sociedade capitalista e, portanto, é um dos polos fundamentais da formação como do exercício profissional do assistente social. Além disso, compreende-se que o reconhecimento do pauperismo à “questão social” parte da relação contraditória entre capital/trabalho em que, segundo Netto (1992), a “questão social” passa a ser reconhecida como tal, no cenário internacional, a partir de 1848, cuja classe trabalhadora reconhece-se de classe em si à classe para si. Assim, é na etapa dos monopólios que a “questão social” deixa de ser “caso de polícia” e começa a ser tratada via políticas sociais.

A partir de tais afirmações, de acordo com Montañó (2009), existem duas teses opostas que definem o surgimento da profissão: a concepção endogenista e a concepção histórico-crítica. A primeira remete a origem do Serviço Social a diversas formas de caridade,

ao caráter filantrópico, de ajuda, isto é, a profissão surge a partir da evolução da técnica da caridade e ajuda. Essa concepção refere-se à “profissionalização dos filantropos”, representando uma visão que separa a profissão das lutas de classes. Ademais, a concepção endogenista, conforme Montañó (2009), não considera os determinantes históricos como os aspectos econômicos, sociais e políticos, enquanto categorias fundamentais para a gênese e desenvolvimento do Serviço Social, a profissão explica-se por si mesma, e é independente da perspectiva histórica social.

Já a concepção histórico-crítica, segundo Montañó (2009), destaca a gênese da profissão no estágio monopolista do capitalismo, quando, a partir das manifestações da classe trabalhadora, o Estado atua dando respostas à “questão social”, através das políticas sociais, tendo os assistentes sociais como um de seus executores, demandando, deste modo, de uma profissão, ou seja, do Serviço Social, a qual está inscrita na divisão sociotécnica do trabalho. Percebe-se, então, que a origem da profissão está vinculada às expressões da “questão social”, a partir da intervenção estatal na administração da “questão social”. Nessa concepção, o Serviço Social é compreendido a partir dos processos sociais no contexto das relações capitalistas. Esta definição é aceita pelos principais autores do Serviço Social.

A concepção histórica-crítica enfatiza ainda a importância das lutas de classes para a compreensão da “questão social” como categoria política, que está relacionada à conjuntura sócio-histórica, bem como para a gênese do Serviço Social, uma vez que nessa conjuntura o Estado toma para si as demandas colocadas pela classe trabalhadora, a partir da organização da mesma, e operacionaliza ações de cunho assistenciais. É neste sentido que as lutas de classe representam o contexto da relação antagônica entre capital e trabalho, e projetos societários contraditórios.

Dessa forma, reafirma-se que o Serviço Social tem sua gênese constitutiva no capitalismo dos monopólios, quando o Estado passa a responder as expressões da “questão social” através das políticas sociais. Portanto, a institucionalização e legitimidade do Serviço Social estão relacionadas à centralidade do progressivo papel e intervenção estatal, por parte do Estado, criando uma série de instituições para regular as relações sociais.

Com efeito, como profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho, surge como parte de um movimento social mais amplo de bases confessionais, articulado à necessidade de formação doutrinária e social do laicato, como já apontando, no início da década de 1930. Com o emergir das instituições sociais, como: Conselho Nacional de Serviço Social (1938), Legião Brasileira de Assistência (1942), Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (1942), Serviço Social da Indústria (1946) e a Fundação Leão XIII (1946), têm-se a expansão

e alteração no mercado de trabalho para o Serviço Social, bem como o desprender da profissão as bases confessionais, de forma que a mesma passou a ser atividade institucionalizada e legitimada perante o Estado (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014). Desse modo, a formação técnica especializada da profissão tornou-se eixo central.

Assim visto, acentua-se que em meio à consolidação do capitalismo monopolista, a superexploração, o controle da força de trabalho, bem como sua ampliação, tornam-se temas de intervenções do Estado. Essa situação possibilitou à “questão social” tornar-se alvo do Estado, através da implementação das políticas sociais, as quais, de acordo com Montaño (2009), devem ser refletidas no âmbito de lutas de classes, e são permeadas por interesses contraditórios e opostos. Ademais, a figura de um Estado interventor mediante a operacionalização das políticas sociais configura a legitimidade do Estado, possibilitando ao mesmo ampliar e atender os interesses do capital.

Acentua-se que o resgate sócio-histórico que será discorrido e analisado trata-se, especificamente, do Serviço Social no Brasil, mas não desconsidera sua contextualização no âmbito latino-americano, remetendo, assim, ao viés de totalidade. Sabe-se que na emergência do Serviço Social brasileiro, até a década de 1940, a formação profissional do assistente social teve influência europeia no eixo franco-belga. Desse modo, as bases da formação pautava-se na doutrina social da igreja de caráter extremamente conservador. As ações desenvolvidas encontravam-se solidificadas no viés filantrópico e assistencialista, fazendo prevalecer a compreensão de neutralidade profissional. Compreende-se, ainda, acerca da intervenção profissional, neste momento, que a mesma assentava-se na individualização dos “casos sociais”, em que as expressões da “questão social” estavam atreladas à dimensão moral, não se tinha a articulação entre “questão social” e aspectos socioeconômicos.

Já em meados da segunda metade da década de 1940, o Serviço Social passou a ter sua base e formação profissional pautada por influências norte-americanas, de modo que a intervenção profissional centrava-se nas disfunções sociais e individuais. Neste sentido, segundo Paula (2009), a valorização da personalidade e da relação pessoal era altamente significativa e os problemas sociais solucionados no âmbito individual. Além disso, a influência norte-americana repercutiu através da propagação das técnicas e métodos de Serviço Social de Caso, Serviço Social de Grupo e também Desenvolvimento de Comunidade (DC).

A propagação dessas técnicas e métodos, conforme Abreu (2002), caracterizou a atuação profissional a um viés direcionado para a ajuda psicossocial individualizada, tendo como principal objetivo o adaptar-se e o ajustar-se dos sujeitos na sociedade vigente. Por

consequente, o direcionamento ético-político continuou a ser neutro, conservador e não pretendeu a transformação social, mas sim a transformação do homem por meio do seu adaptar-se as estruturas sociais, isto é, a transformação, neste contexto, remete à transformação da moral do sujeito para sua ação na sociedade. Nega-se, ainda, a categoria trabalho como determinante na constituição do ser social.

Desta forma, acentua-se, também, que a influência norte-americana, no continente latino-americano, elevou-se do grau de aspectos meramente econômicos, passando a refletir, igualmente, nos aspectos sociais, de modo que, no Brasil, como já apontado, repercutiu no Serviço Social em suas bases de fundamentação teórica e na atuação profissional. Nesta conjuntura, evidencia-se que o estopim da relação do Serviço Social brasileiro com a influência norte-americana deu-se devido ao Congresso Interamericano de Serviço Social, o qual aconteceu em Atlantic City (USA), em 1945 (ANDRADE, 2008).

É relevante salientar que na segunda metade da década de 1940, as correntes psicológicas, especialmente as sociológicas, ganharam destaques, como: o positivismo e o funcionalismo. Não existia a compreensão do movimento contraditório e dialético, bem como não se apreendia as diversas mediações que conformam os fenômenos sociais, o conhecimento era limitado ao empírico, a realidade era vista como estática, havendo divisão entre sujeito e objeto. Logo, a psicologização das relações sociais, bem como a matriz teórica centrada no positivismo e funcionalismo fundamentaram o Serviço Social de caso, Serviço Social de Grupo e também do DC.

Com relação ao Serviço Social de caso, segundo Paula (2009), era direcionado para estudo, diagnóstico e tratamento, tendo como referência investigações de determinantes internos e externos, em que os primeiros referem-se aos indivíduos e os segundos ao contexto em que se habita. Mediante estes dados, os assistentes sociais produziam diagnósticos acerca da circunstância do indivíduo, pautando-se na condição psicossocial e, assim, objetivavam o tratamento. Reafirma-se, assim, a importância da atuação profissional para o ajustamento do indivíduo a sociedade.

No tocante ao Serviço Social de grupo, Andrade (2008) ressalta que orientou-se para o fortalecimento da personalidade individualista, edificando e motivando a habilidade de liderança, o responsabilizar-se através das decisões, destacando a perspectiva psicossocial, de modo que estava voltado também para o enquadramento do indivíduo ao meio social. Dessa forma, o integrar, o adaptar-se são termos também consubstanciados ao trabalho do Serviço Social desenvolvido junto aos grupos.

Dessarte, o Serviço Social de caso e de grupo, como já apontado, foram consubstanciados no viés psicossocial, o que ainda em consonância com os estudos de Paula (2009), tinha como fundamento solidificar a apreensão de que o indivíduo é responsável por si mesmo, bem como pelo seu progresso e ascensão social. Esta concepção psicossocial não considera as lutas de classes e os interesses antagônicos inerentes à sociedade capitalista, de modo que as demandas para o Serviço Social estiveram centradas nos aspectos subjetivos do indivíduo, mediante comportamentos disfuncionais e inabilidade de relacionar-se.

Já o DC foi implementado na década de 1950, quando a Organização das Nações Unidas (ONU), entre outros órgãos, vieram solidificar, sistematizar e propagar o DC na América Latina. Este teve como principal objetivo o ajustamento do indivíduo aos moldes necessários para a expansão do capital, interligados à ideologia desenvolvimentista modernizadora. Sob tal enfoque, a estratégia desenvolvimentista modernizadora tinha como ponto de partida a interligação com os objetivos provenientes dos Estados Unidos da América, ou seja, tinha fortes influências norte-americanas, visando expandir o sistema capitalista, assim como ampliar os interesses do capital no continente latino-americano. Ademais, tinha-se a necessidade de ir de encontro ao progresso do comunismo, o qual vinha ganhando destaque neste contexto, na América Latina, como a vitória da Revolução Cubana, em 1959.

Para tanto, era preciso desenvolver trabalhos em comunidades, haja vista este tipo de atividade proporcionava maior abrangência do que em grupos. O DC tinha como base uma sociedade harmônica, desconsiderando também as contradições de interesses, acentuando-se a estabilização dos fatos, o equilíbrio entre desenvolvimento econômico e alcance de bem estar-social, integrando a comunidade aos interesses da lógica prevalecente, promovendo a união entre governo e povo para alcançar o desenvolvimento. Apreende-se que essa lógica era totalmente favorável para o desenvolver dos interesses do capital. Dessa forma, o DC estava centrado numa mudança social de viés controlador e regulador, pautado através do intermédio de que “[...] os esforços do próprio povo se unem aos das autoridades governamentais [...] integrar essas comunidades na vida nacional e capacitá-las a contribuir plenamente para o progresso do país” (AMMANN, 1980 apud ABREU, 2002, p. 109-110).

O Serviço Social, neste âmbito, tornou-se peça chave para a ONU, considerando-se que os assistentes sociais desempenhavam atividades direcionadas à participação do povo em conjunto com as atividades do governo. Assim, “[...] o processo do Serviço Social com Comunidades caracteriza-se pelo desenvolvimento social dos indivíduos e sua orientação pela

promoção das relações eficientes e úteis entre eles, em busca de um desenvolvimento equilibrado e harmonioso [...]” (JOHNS; MARCHE, 1954 apud ANDRADE, 2008, p. 285).

Portanto, a gênese do Serviço Social é marcada pela direção ético-política conservadora, caracterizada pela neutralidade profissional, não existindo a clareza da dinâmica dialética e contraditória da sociedade. A “questão social” era vista como um problema moral. Desse modo, percebe-se que as necessidades dos indivíduos remetiam a aspectos relacionados à esfera do subjetivo, de condutas disfuncionais, de problemas de relacionamento, totalmente desvinculados do contexto sócio-histórico, desconsiderando as manifestações da “questão social”, as quais são inerentes ao sistema capitalista. A intervenção profissional era definida pela prática empiricista e pragmática, não se admitia o pluralismo no fazer profissional.

Logo, reafirma-se que o Serviço Social encontrava-se meramente imbricado a atender prioritariamente os interesses provenientes do capital na fase monopolista. Todavia, o Movimento de Reconceituação da América Latina e a Renovação do Serviço Social brasileiro foram fundamentais para o questionamento do *status quo*, do tradicionalismo presente no Serviço Social. Processos esses que serão explicados a seguir.

1.1.1 O Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina e a Renovação do Serviço Social brasileiro

A conjuntura da estratégia desenvolvimentista modernizadora mediante o desenvolvimento do DC, implantada na América Latina, bem como o contexto sócio-político do período, possibilitou o questionar da realidade, por parte de alguns agrupamentos da categoria profissional dos assistentes sociais, dando início ao desenvolvimento de uma vertente crítica ao Serviço Social “tradicional” (PAULA, 2009). Dessa maneira, o suscitar de indagações referentes ao *status quo* repercutiu no seio do Serviço Social na América Latina, promovendo o Movimento de Reconceituação do Serviço Social em meados de 1965 a 1975, o qual teve fortes influências para o que Netto (2009b) denomina de Renovação do Serviço Social brasileiro.

Destarte, o Movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina, não obstante contextualizado na política desenvolvimentista, trouxe novas possibilidades de resposta ao Serviço Social “tradicional”, questionando-se sua teoria e a metodologia. É oportuno lembrar que o processo de desenvolvimento do Movimento de Reconceituação do Serviço Social latino-americano não aconteceu de forma homogênea, sendo sempre permeado

por tendências e perspectivas heterogêneas e diversas. O início do movimento teve abrangência de alguns profissionais, destacando-se que isso não limitou o processo, pois “[...] todo movimento revolucionário ou renovador se realiza, inicialmente, engendrando uma estratificação própria, reforçada [...] pela solidariedade que os seus pioneiros desenvolvem entre si” (NETTO, 1981, p. 64).

Outro aspecto pertinente deste processo diz respeito ao seu período de vigência, o qual perdurou por dez anos, fazendo-se presente por um curto período de tempo, porém sendo fundamental para a profissão mediante a possibilidade de transformações da mesma e o indagar-se acerca do Serviço Social “tradicional”. Neste contexto, evidencia-se também que as inquietações por parte de alguns profissionais, que proporcionou o Movimento de Reconceituação da profissão na América Latina, permeava-se acerca da conjuntura vivenciada no tempo, sendo fundamental compreender a relação entre o desenvolvimento dos países latino-americanos e o caráter de heteronomia dos mesmos perante os países centrais, para o fazer profissional (IAMAMOTO, 2007a), haja vista cada realidade possua seus determinantes históricos sociais e devem ser considerados.

Assim, a preocupação de alguns profissionais latino-americanos emergia em buscar questionar os fundamentos que norteavam a atuação dos assistentes sociais, os quais partiam de uma perspectiva estrutural-funcionalista, sedimentados no tradicionalismo, desenvolvendo uma prática profissional neutra. É no âmbito do posicionamento político-ideológico da categoria, a favor da transformação social, que o indagar da neutralidade, neste contexto, fez-se presente, sendo extremamente importante para o consubstanciar do direcionamento ético-político da profissão. As atenções direcionaram-se, ainda, obviamente para a formação profissional, de modo que se enfatizou a importância de se articular, “[...] ensino, pesquisa e prática profissional, exigindo da Universidade o exercício da crítica [...]” (IAMAMOTO, 2007a, p. 209).

No entanto, o Movimento de Reconceituação do Serviço Social latino-americano foi contido pela ditadura que perpassou a América Latina, posto que a partir da década de 1970 as ditaduras instituídas no Cone Sul reprimiram o viés democrático e diluiu perspectivas transformadoras. Cabe ressaltar, “[...] não por acaso, muitos dos protagonistas da Reconceituação experimentaram o cárcere, a tortura, a clandestinidade, o exílio e alguns engrossaram as listas de ‘desaparecidos’ nas ditaduras” (NETTO, 2005, p.10).

Como já apontado, o Movimento de Reconceituação latino-americano está inter-relacionado com o processo interno, como já apontado, denominado por Netto (2009b) de Renovação do Serviço Social brasileiro. Pode-se afirmar que eles são introduzidos,

respectivamente, na América Latina e no Brasil, por influência de aspectos que extrapolam o interior da profissão e a ele estão conjugados. A propósito destas afirmações, o pontapé inicial da Renovação do Serviço Social brasileiro, por sua vez, foi realizado em 1960 e contribuiu para a laicização profissional. Porém, em face ao golpe militar de 1964, o movimento foi abortado e retomado apenas em 1965.

A conjuntura brasileira, em meados da década 1960, foi permeada pela “era desenvolvimentista”, bem como pela efervescência social e política que perpassava o governo de João Goulart (1961-1964), marcado por uma política populista, de forma favorável para os movimentos sociais, para as lutas condizentes a reformas de base. Como participantes desse contexto, direcionado à consciência para si e para o movimento de embate político, estiveram inseridos, segundo Silva (2011), estudantes, intelectuais, sindicatos rurais, liga camponesas, Movimento de Educação de Base (MEB), entre outros.

Essa conjuntura trouxe rebatimentos sobre o Serviço Social brasileiro, especificamente entre os anos de 1961 e 1964, na medida em que se tinha o desenvolver do Serviço Social “tradicional” e o questionar do mesmo por parte de alguns profissionais. Nesta perspectiva, a presença de questionamentos por parte de alguns assistentes sociais, em relação à conjuntura do tempo, teve como influência, segundo Paula (2009), a aproximação da categoria profissional à realidade da classe trabalhadora, bem como a aproximação junto aos movimentos sociais. Do mesmo modo, a autora mencionada destaca que, na década de 1960, as reivindicações da classe trabalhadora de viés urbano e rural foram ficando mais sólidas e firmes, contribuindo assim com o processo de fortalecimento dos movimentos sociais, com o questionar da realidade social por alguns grupos da categoria profissional, assim como com o solidificar da dimensão política neste contexto.

Além disso, o posicionamento crítico, por parte de alguns assistentes sociais brasileiros frente à conjuntura da sociedade no tempo, teve também como influência o novo posicionar dos cristãos de esquerda, os quais ligados à Igreja Católica, influenciaram ainda estudantes, intelectuais, entre outros, por meio do movimento da Teologia de Libertação. Percebe-se que a partir daí a categoria profissional dos assistentes sociais condizentes com este posicionamento passou a ter uma perspectiva de emancipação dos sujeitos, consolidando uma vertente profissional crítica emergente, o que se apresentou como um “projeto” de redefinição profissional, que buscou questionar os fundamentos que norteavam a atuação dos assistentes sociais, de forma que o posicionamento político-ideológico da categoria tornou-se favorável aos interesses da classe trabalhadora.

Em suma, acentua-se que a Teologia da Libertação tinha como objetivo consubstanciar a relação entre cristianismo e marxismo, partindo da perspectiva crítica acerca do binômio exploração-dominação na sociedade capitalista (ABREU, 2002). Isso foi extremamente importante, pois possibilitou o emergir do viés crítico e propositivo, no que se refere ao assistente social, proporcionando propostas e argumentos que foram de encontro à ordem capitalista.

A continuidade desta vertente profissional crítica emergente que perpassou no âmbito do Serviço Social brasileiro foi contida em fase à ditadura militar instaurada no país, a qual prevaleceu entre os anos de 1964 a 1985, e esteve imbricada ao desenvolvimento capitalista. A autocracia burguesa, assim denominada por Netto (2009b), posicionou-se contrária a quaisquer movimentos de cunho democrático ou revolucionário. Este contexto chama atenção para o fato de que o golpe instalado em 1º de abril de 1964 veio a derruir o movimento de avanço pautado nas perspectivas democráticas, constituindo muito mais um viés de regressão para o Brasil. Com o Ato Institucional n.5 (AI-5), houve a intensidade de repressão a movimentos estudantis, cassação de direitos de políticos contrários ao contexto vigente, o objetivo principal era manter a ordem vigente e repudiar os opositores.

Esta conjuntura da ditadura militar foi importante para o Serviço Social, haja vista ter sido um período marcante para a profissão. Neste sentido, apresentou-se de modo contraditório e ambíguo para a profissão, pois ao mesmo tempo em que conteve o desenvolvimento da vertente profissional crítica emergente do Serviço Social, o posicionar político e crítico por parte da categoria profissional junto à classe trabalhadora, o mercado de trabalho dos assistentes sociais expandiu-se e consolidou-se com novas exigências profissionais. Compreende-se, assim, que o desenvolver do capitalismo monopolista no Brasil marcado pela modernização conservadora, em meados das décadas de 1950, 1960 e 1970, conferiu a necessidade de revisão do Serviço Social “tradicional”, o que remeteu as direções e vertentes do processo de Renovação do Serviço Social brasileiro, as quais serão detalhas posteriormente.

Neste sentido, ainda em consonância com Netto (2009b), os reflexos burocrático-administrativos da autocracia burguesa interligada à modernização conservadora repercutiu no exercício e desempenho profissional do assistente social. Isto é, esta conjuntura repercutiu no Serviço Social “tradicional”, fazendo surgir a necessidade de se buscar o aperfeiçoamento do mesmo, para atender as demandas relacionadas ao interesse da ordem monopólica. É neste sentido que o revisar do Serviço Social “tradicional” possibilitou o processo de Renovação do Serviço Social brasileiro, o qual se apreende como um processo em busca de redefinições,

reorientações, mudanças da atuação profissional do assistente social, por intermédio das demandas que se apresentavam e eram colocadas no momento.

Destaca-se que assim como o Movimento de Reconceituação latino-americano, o processo de Renovação do Serviço Social brasileiro é marcado por tendências heterogêneas, possuindo suas especificidades. Foi fundamental também para a busca de novos horizontes e frutos para a profissão, mesmo sendo atravessado por perfil conservador em determinadas passagens e vertentes. Com efeito, a Renovação do Serviço Social brasileiro, segundo Netto (2009b), tem como decorrência as seguintes direções, passagens e/ou vertentes: a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

A perspectiva modernizadora, 1ª expressão do processo de Renovação, é marcada pelos documentos de Araxá (Minas Gerais/ 1967) e de Teresópolis (Rio de Janeiro/ 1970), tais documentos, ainda de acordo com o autor mencionado, são frutos dos seminários realizados pelo Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais (CBCISS). Embora tenham características e ênfases diferenciadas, os documentos não questionavam a ordem social vigente, pelo contrário, eram funcionais às ideologias das políticas de desenvolvimento imbricadas à modernização conservadora, não rompendo com os interesses do capital e da autocracia burguesa.

Nesse particular, os documentos de Araxá (1967) e Teresópolis (1970) condensam indicativos de perfil pedagógico da intervenção profissional do assistente social, os quais encontravam-se meramente pautados, como já apontado, na modernização conservadora, desse modo, neles estavam inseridas práticas que culpabilizavam o “sujeito” pela sua situação pessoal, e que procuravam conscientizá-lo acerca da busca pelas soluções de seus “problemas”.

O objetivo consistia em adequar o Serviço Social enquanto instrumento da intervenção técnica, especificamente em Araxá, refletiu-se sobre o caráter técnico do fazer profissional. Já em Teresópolis, buscou-se definir operacionalmente como se daria o perfil técnico do assistente social. Desse modo, era necessário “[...] aportes técnicos elaborados e complexos- além naturalmente da sincronia de “governos” e “populações”-, com uma consequente valorização da contribuição profissional dos agentes especializados em “problemas econômicos e sociais” ” (NETTO, 2009b, p.166-167).

Ademais, verifica-se como princípio desta perspectiva modernizadora a participação do homem em todo o processo de desenvolvimento/mudança econômico-social. Segundo Abreu (2002), tal processo deu-se na qualidade de propositor/agente e favorecido/beneficiário, como requisito para que se analise o desenvolvimento humano

integral do indivíduo. A partir de tal análise, apreende-se que a intervenção profissional não se preocupava em questionar e indagar a ordem vigente, as bases sociopolíticas, haja vista o Serviço Social assumir o desenvolvimento como processo induzido de mudanças para erradicar o quadro potencial de uma alimentação revolucionária, enfatizando a correlação entre integração/participação dentro dos moldes mencionados.

Outro ponto que chama atenção nessa perspectiva é a concepção de que a função dos assistentes sociais não deveriam continuar restrita à mera execução das políticas sociais, mas também à formulação e gestão. Desse modo, foi preciso combinar a intervenção profissional nos níveis de micro e macroatuação, em que o assistente social passou a ser executor e planejador de políticas sociais. Sob tal enfoque, em consonância com Netto (2009b), este caráter adentrava o assumir de uma posição “inovadora” por parte da profissão, como ultrapassagem ao tradicionalismo, o que é altamente um engano.

A atenção do Serviço Social, nesta perspectiva modernizadora, estava direcionada também para a busca de um arcabouço teórico, todavia, os principais formuladores não lançaram mão do estrutural-funcionalismo, pois essa perspectiva representava um exemplo de serviço social para o desenvolvimento. Em vista disso, o predomínio do estrutural-funcionalismo tem fundamentos na matriz positivista, reportando-se como marca técnica conservadora a favor da ordem burguesa.

Nestes termos, é altamente fundamental evidenciar que os documentos de Araxá (1967) e Teresópolis (1970) foram importantes para o processo de Renovação do Serviço Social brasileiro, muito embora tais documentos foram condizentes e adequados a atender os interesses da ideologia desenvolvimentista, contextualizada no âmbito da modernização conservadora. Assim, a perspectiva modernizadora, mesmo permeada pela conservação de traços tradicionais, foi importante para a constituição da vertente intenção de ruptura, a qual apontará para a edificação do PEPSS.

Em meados da década de 1970, a perspectiva modernizadora foi questionada, concomitante a crise da autocracia burguesa, de modo que se reatualizou o conservadorismo. Portanto, eis a segunda perspectiva da Renovação: reatualização do conservadorismo, a qual emanou da existência e permanência de núcleos restauradores em confronto com a perspectiva modernizadora, todavia, encontrava-se também fundamentada no conservadorismo profissional.

A reatualização do conservadorismo teve suas formulações processadas nos seminários de: Sumaré (1978) e Alto da Boa Vista (1984), respectivamente realizados no Rio de Janeiro. Conforme Silva (2013), os documentos provenientes destes encontros partiram de

outras correntes e direções teóricas, o que caracteriza o processo de Renovação do Serviço Social nesta segunda perspectiva. Com efeito, entre suas principais características, acentua-se: exigência enérgica de elaboração teórica; recusa dos padrões teórico-metodológicos positivistas; e vinculação com a fenomenologia.

Desse modo, entre as inquietações, destacou-se a preocupação com a dimensão teórica, com recusa dos padrões teórico-metodológicos da tradição positivista, pois se considerava que os fatos sociais constituíam-se como algo externo ao indivíduo, ocasionando a não valorização dos aspectos intencionais. Assim, o positivismo, neste contexto, não levaria ao alcance de se apreender o vivido perpassado pelo homem. Com efeito, a fenomenologia apresentou-se como caminho verídico para a profissão neste determinado momento e, segundo Netto (2009b), como principal diferencial da perspectiva de reatualização do conservadorismo, no processo de Renovação do Serviço Social brasileiro. Porém, o recurso a essa perspectiva teórico-metodológica foi feito de modo empobrecido, pois os formuladores não buscaram as fontes originais, apenas trouxeram ao meio profissional os aspectos que lhes eram convenientes. Além disso, mediante a perspectiva teórico-metodológica da fenomenologia, conforme Silva (2013), a vez foi dada à consciência, à intencionalidade, ao significado, à compreensão, à intuição, entre outras, reafirmando a marca do subjetivismo.

Mediada por uma relação entre o “profissional” e o “cliente”, a “nova proposta” perpetuava a centralidade nas dinâmicas individuais e na forma de ajuda psicossocial, tendo como elementos básicos: diálogo, pessoa e transformação social (desenvolvimento e crescimento da pessoa). O centro da atuação profissional passou a ser a pessoa, sendo valorizada a condição humana do cliente, as relações interpessoais do mesmo, de modo que prevaleceu a abordagem no campo interpessoal. Pelo exposto, esta centralização na pessoa humana fez ressurgir os valores cristãos, pois fez referência com tal intensidade a “[...] fenomenologia existencial” acoplada ao personalismo” quanto às formulações específicas do neotomismo (NETTO, 2009b, p. 242).

Por conseguinte, é claramente visto que a reatualização do conservadorismo recuperou heranças conservadoras da profissão, na medida em que partiu de valores cristãos, na centralização de dinâmicas individuais e na dita transformação social a seus moldes. Dessa maneira, não permitiu a compreensão de forma racional da realidade social pelo viés da contradição, da totalidade e da apreensão histórica, repudiando o método crítico-dialético.

Porém, ratifica-se que, assim como a perspectiva modernizadora, a reatualização do conservadorismo teve sua importância para o alcance da terceira perspectiva do processo de

Renovação do Serviço Social brasileiro, porque apesar do conservadorismo presente, foi um momento de reflexão acerca da profissão, o que possibilitou o desenhar do PEPSS.

No tocante à terceira perspectiva do processo de Renovação do Serviço Social, a qual se refere à intenção de ruptura, foi sistematizada a partir da década de 1980, ainda que tenha eclodido na primeira metade dos anos 1970, nos muros universitários, para, em seguida, ressoar nos foros e organismos da categoria profissional. Como se percebe, a perspectiva renovadora, ou seja, a intenção de ruptura emergiu ainda no cenário da ditadura militar no Brasil, porém, expande-se, consolida-se e conquista espaço com a erosão e a crise da mesma. Destarte, “[...] a mesma autocracia gestou necessidades e possibilidades objetivas - econômicas, sociopolíticas e culturais - que situam como concreta a alternativa de recuperar os ganhos do passado e construir [...] a tradição marxista brasileira que ela quis conjurar” (NETTO, 2009b, p.111-112).

A intenção de ruptura ainda se faz presente no contexto atual, tendo em vista que, conforme Netto (2009b), o Serviço Social encontra-se situado na contemporaneidade ainda por essa perspectiva, uma trajetória que vai de residual a decisiva, em vista de suas dimensões ideopolíticas. A possibilidade da intenção de ruptura tornou-se real, a partir da vivência dos sujeitos que fizeram parte da vertente profissional crítica emergente, ainda na década de 1960, especialmente assistentes sociais e estudantes. Desse modo, a intenção de ruptura, em função do seu caráter de oposição à ditadura militar, diferenciou-se das demais perspectivas, pois as bases sob as quais esteve apoiada foram contrárias à autocracia burguesa nos planos teórico-cultural, profissional e político. Assim, “[...] setores expressivos da categoria dos assistentes sociais [...] aprofundam suas inserções e compromissos no amplo movimento de luta pela democratização da sociedade, reorientando o movimento de reconceituação profissional no país” (ABREU, 2002, p. 152).

A partir de tais informações, a intenção de ruptura representou o caminho de interrupção com o Serviço Social “tradicional”, ou seja, com o conservadorismo que se fazia vigente no seio da categoria profissional, indo de encontro aos interesses da autocracia burguesa, a ordem autocrática. Seu papel era fazer a crítica ao tradicionalismo e apropriar-se de um arcabouço diferente, bem como de encontrar propostas interventivas para além do tradicional, o que contribuiu decisivamente para a construção de um projeto profissional de ruptura com o conservadorismo presente na categoria.

A intenção de ruptura conquistou espaço, como já apontado, mediante decadência da ditadura militar, em meados da década de 1980, assim, destaca-se que este período foi perpassado pela ascensão e efervescência dos movimentos sociais da classe operária, que

lutavam por mudanças sociais e políticas, o que ocasionou a edificação da CF de 1988, ou seja, este momento foi altamente fundamental para consubstanciar e solidificar também a perspectiva de intenção de ruptura.

Além disso, mediante este contexto de organização dos movimentos sociais, da classe trabalhadora, os assistentes sociais puderam se aproximar mais, segundo Netto (2009b), das condições de trabalho da classe trabalhadora, num cenário externo à ditadura, o que ocasionou questionamentos ao conservadorismo do Serviço Social e determinou o caráter político e ideológico da profissão. Destarte, ainda de acordo com o autor supracitado, a sustentação sociopolítica da perspectiva de intenção de ruptura encontrava-se consubstanciada no contexto dos movimentos sociais.

Com efeito, o referencial teórico embasado no positivismo, no estrutural-funcionalismo, na fenomenologia, tendo recusa do Serviço Social no processo de ajustamento do sujeito a ordem vigente foram indagados. A neutralidade do profissional também foi questionada, de modo que se teve o reconhecimento do caráter político da ação profissional, a partir da apreensão da inserção da profissão na sociedade de classe. Ademais, foi possível enfatizar a valorização do papel do indivíduo no contexto societário, mediante o entendimento de que a história é construída e transformada através do próprio homem. Neste contexto, foi possível pensar a profissão através da relação antagônica e contraditória entre capital e trabalho, a qual é inerente ao sistema capitalista. Ademais, pela primeira vez houve vinculação entre os projetos de sociedade pertinentes à classe trabalhadora e ao refletir do posicionamento do Serviço Social nesta relação, fato que culminou na construção do PEPSS⁵, bem como foi ainda na perspectiva de intenção de ruptura que se teve a incorporação e a aproximação à tradição marxista, como perspectiva teórico-metodológica.

Cabe destacar, ainda, que o primeiro momento da intenção de ruptura, ou seja, a sua emersão ocorreu na Universidade Católica de Minas Gerais, em meados de 1972 e 1975, com o “Método de Belo Horizonte”, conhecido como o método de BH, o mesmo é caracterizado por criticar o tradicionalismo profissional nas concepções teóricas, metodológicas e interventivas. O principal objetivo era romper com o tradicionalismo que se encontrava imbricado ao Serviço Social, essa característica é tida pelos autores como primordial diferença em relação às perspectivas anteriores. Passa-se, então, no âmbito do Serviço Social, a predominar os seguintes aspectos:

⁵ O PEPSS será abordado de modo mais detalhado no item seguinte.

[...] a) uma forte crítica à proposta de desenvolvimento em curso na época, tendo como referência a aproximação com a tradição marxista [...] b) a composição de um projeto global [...] com forte crítica ao tradicionalismo e às outras matrizes reconceituadas; c) a crítica à “neutralidade” [...] bem como a recusa do vínculo do Serviço Social com processos de adaptação, integração social e de individualização dos “problemas sociais” despidos de contextualização e de análise histórica (SILVA, 2013, p. 98-99).

Neste contexto, ressalta-se que o ambiente universitário naquele momento era tido como um espaço possível de emergir tal perspectiva com suas ideologias e experiências, pois era o lugar favorecido, no sentido de possibilitar as atividades de integração entre pesquisa, extensão e ensino, assim, passou-se a desenvolver projetos/atividades que tinham como centralidade à classe trabalhadora, o que foi extremamente significativo para o processo de ruptura com o conservadorismo e para o rumo da direção política da categoria profissional.

O contato do Serviço Social com a tradição marxista foi fundamental para a Renovação do Serviço Social brasileiro, haja vista possibilitou o encaminhar do posicionar político da categoria profissional. Todavia, cabe destacar que a aproximação com a teoria social de Marx deu-se de modo questionável, tendo em vista que nesse primeiro momento da intenção de ruptura (emersão) há aproximação do marxismo-estruturalista de Althusser, não contemplando a historicidade, por exemplo. Dessa maneira, esse primeiro contato do Serviço Social com o marxismo “[...] foram também responsáveis por inúmeros equívocos e impasses de ordem teórica, política e profissional, cujas refrações até hoje se fazem presentes” (IAMAMOTO, 2007a, p. 210).

No segundo momento da intenção de intenção de ruptura, ou seja, consolidação acadêmica, em meados da primeira década de 1980, é que o Serviço Social aproxima-se das fontes originais clássicas das obras marxistas, contemplando a historicidade, e caracterizando, nos termos de Netto (2009b), a “maioridade intelectual” da intenção de ruptura. Neste contexto, destacou-se, também, segundo Barroco (2009), a obra de Marilda Vilela Iamamoto e Raul de Carvalho: *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*; publicada em 1982, a partir da qual foi possível apreender a profissão e, conseqüentemente, o assistente social no âmbito das relações sociais capitalistas, estando à profissão inscrita na divisão sociotécnica do trabalho e o profissional, encontrando-se na condição de assalariado.

Ademais, a partir deste momento, têm-se condições objetivas para o avanço do projeto profissional pautado nos interesses das lutas sociais, da classe trabalhadora, ou seja, do PEPSS. Este novo patamar proporcionou, ainda, o terceiro momento da intenção de ruptura, o

qual se caracteriza por sua difusão no seio da categoria profissional, de modo que debates e discussões sobre o projeto de ruptura com o conservadorismo fez-se presente nas conferências da categoria profissional, influenciando a produção teórica e a dimensão política da categoria.

O III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), realizado em 1979, conhecido como Congresso da Virada, foi a expressão máxima do comprometimento da categoria profissional com o rompimento do fazer profissional conservador, neste momento a categoria posicionou-se em favor da classe trabalhadora, redimensionando a atuação profissional, abrindo caminhos para o reconhecimento da dimensão política do fazer profissional e para a construção do PEPSS. Logo, o Congresso da Virada “[...] constitui-se no mais importante marco sócio-histórico e político do Serviço Social brasileiro, a partir do qual a categoria, dinamizada pelas lutas da classe trabalhadora [...] inicia a construção de um projeto profissional de ruptura” (GUERRA, 2009b, p. 5).

Desse modo, reafirma-se que a transmutação no posicionamento político-ideológico do Serviço Social demarcou um grande avanço, porém, como expõe Netto (2009b), o conservadorismo é ainda presente na profissão, ou seja, há um longo caminho a percorrer. Neste contexto, Silva (2011) ressalta que o processo de Renovação do Serviço Social brasileiro não acabou, seu caráter é contínuo. Por conseguinte, o avançar das conquistas decorrentes da década de 1980 proporcionaram o amadurecimento e a consolidação do PEPSS na década de 1990, o qual será abordado a seguir.

1.2 Alguns pontos sobre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e Projetos Societários

Como visto, a partir do processo de Renovação do Serviço Social brasileiro, em particular na perspectiva de Intenção de Ruptura, entre as décadas de 1970 e 1980, o PEPSS teve bases de fato para a sua construção, haja vista que esta perspectiva é marcada pela recusa ao conservadorismo profissional, e foi perpassada pela efervescência dos movimentos sociais. Neste viés, é preciso dizer que a partir da década de 1980, tem-se

[...] as condições para a maturação profissional na área do Serviço Social, capacitando-se para o enfrentamento das novas condições emergentes com a liberalização política, junto com a maioria da população [...] É um período em que na prática profissional verificam-se saltos de qualidade, caminhando na direção de ruptura com o tradicionalismo profissional (IAMAMOTO, 2008a, p. 90-91).

Desse modo, as conquistas da década de 1980 possibilitaram a construção do PEPSS, bem como sua consolidação no Serviço Social brasileiro, na década de 1990. Assim, o projeto profissional do Serviço Social consolidou-se e conquistou espaço no meio profissional dos assistentes sociais a partir da década de 1990, mediante uma perspectiva crítica consubstanciada numa teoria social crítica, por intermédio da aproximação ao marxismo, ou seja, das obras marxistas.

Destaca-se que a construção do PEPSS, como já apontado, aconteceu no cenário de mobilização social, mais especificamente em meados na década de 1980, quando os movimentos sociais fizeram-se presentes, lutando pelo processo de redemocratização, em prol da presença de um Estado não ditatorial, mas sim de direito e democrático, elementos chaves para a definição do PEPSS. Imbricado a este cenário de edificação do PEPSS, enfatiza-se, antemão, ainda a importância da profissão inserida no contexto da pesquisa⁶ científica e, consequentemente, da produção do conhecimento.

Sob influência deste cenário consubstanciado pelo fervor dos movimentos sociais, o Serviço Social procura oferecer respostas às demandas que lhe são colocadas, deixando de lado os alicerces da neutralidade e assumindo um compromisso ético-político com a classe trabalhadora. Nestes termos, teve início, pela primeira vez no seio da categoria profissional, discussões pertinentes acerca de projetos societários condizentes com os interesses do capital e com vertentes conservadoras que priorizam os interesses da ordem dominante, de modo que o Serviço Social posicionou-se contrário a projetos societários conservadores, o que contribuiu para a consolidação do PEPSS, na década de 1990.

A este respeito, ressalta-se que o PEPSS requisitou, e continua a requisitar, dos profissionais, um posicionamento que ultrapasse o conservadorismo profissional, isto é “[...] uma nova moral profissional [...] uma nova ética no interior do Serviço Social, a qual aponta para o compromisso com as classes trabalhadoras [...]” (SILVA, 2008, p. 141-142).

É inegável que os homens na vida em sociedade agem de forma teológica, pois suas ações são motivadas por determinados propósitos e finalidades, desse modo, de acordo com Netto (1999), as ações humanas importam um projeto, um determinado fim, o que significa, para o autor supracitado, que antes de operacionalizar as ações de fato, o homem realiza uma projeção de suas ações no nível dos pensamentos, construindo, planejando objetivos, valores, princípios e estratégias para obter os resultados das ações que serão realizadas. Isso quer dizer

⁶ A inserção do Serviço Social no contexto da pesquisa científica e da produção do conhecimento será tema específico do próximo item.

que os projetos societários e os projetos profissionais são planejados e construídos para atender determinados fins.

Nesta lógica, destaca-se que os projetos profissionais não são viabilizados de forma dissociável dos projetos societários que são de maior amplitude, estando, desse modo, conectados. Em relação aos projetos societários, afirma-se que

Trata-se daqueles projetos que apresentam uma imagem da sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la. Os projetos societários são projetos coletivos; mas o seu traço peculiar reside no fato de se constituírem projetos macroscópicos, em propostas para o conjunto da sociedade. Só eles apresentam esta característica; os outros projetos coletivos [...] não têm este nível de abrangência e inclusividade (NETTO, 1999, p. 93-94).

Neste âmbito, segundo Teixeira e Braz (2009), os projetos societários fazem-se presentes na estrutura e dinâmica dos projetos coletivos, como no caso do PEPSS, uma vez que os projetos profissionais estão inscritos nos marcos dos projetos coletivos, os quais estão relacionados diretamente às profissões. Desse modo, os autores destacam, ainda, que os projetos societários, bem como os projetos profissionais estão imbricados a diversas atividades e ações na sociedade, sendo estas que definem a estrutura e os objetivos de tais projetos. Assim, é necessário, nessa relação, compreender a dimensão política dos projetos societários e profissionais, haja vista que os mesmos não podem ser contextualizados sem tal apreensão, pois segundo os estudiosos supracitados, toda ação na sociedade de classes é circunscrita de um caráter político.

A dimensão política dos projetos societários e profissionais está permeada pela conjuntura de interesses antagônicos entre capital e trabalho, a qual é inerente à sociedade capitalista. Sendo assim, o PEPSS também possui uma dimensão política, devido à inserção do Serviço Social na sociedade de classes e o assistente social atuar na mediação das relações contraditórias, entre as classes sociais, dentro do modo de produção capitalista. Por isso, não se pode afirmar que o PEPSS é um projeto neutro ou que se encontra para além dos interesses das classes sociais. Logo,

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus

serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (entre estas, também e destacadamente com o Estado, ao qual coube, historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). Tais projetos são construídos por um sujeito coletivo - a respectiva categoria profissional, que inclui não apenas os profissionais de campo, mas que deve ser pensada como o conjunto de intervenientes que dão efetividade à profissão (NETTO, 1999, p. 95).

Neste caminho, os projetos profissionais, em particular o PEPSS, ao ser analisado e compreendido no âmbito das relações sociais antagônicas entre capital e trabalho, deve-se considerar a categoria da totalidade. Sendo preciso, para tanto, apreender a conjuntura histórica, econômica, social e política que permeiam o PEPSS, pois é este entendimento que possibilita compreender tal projeto para além da imediatividade e aparência que permeia os fenômenos sociais. Isto posto, o PEPSS está consubstanciado na razão intelectual e ontológica dialética, o que corresponde ao fato de que a razão não se restringe apenas na perspectiva do pensamento, é mais ampla e existente na legalidade das relações sociais, ou seja, é constitutiva da própria sociedade. A razão dialética não está dissociada da razão intelectual, é uma unidade do diverso e, portanto, comporta a racionalidade objetiva e a subjetiva – duplo aspecto da razão.

Como pontuado, os projetos profissionais são indissociáveis dos projetos societários, uma vez que remetem a atender interesses e necessidades da vida em sociedade, por intermédio de valores universais. Neste sentido, os projetos societários podem ser progressistas, pautados na perspectiva de mudanças ou conservadores que priorizam por manter a ordem vigente. É nesse ponto que, mediante a interconexão entre projetos societários e projetos profissionais, conforme Netto (1999), ocorrem confrontações e contrariedade entre ambos, já que os projetos profissionais podem questionar, indagar projetos societários conservadores. O projeto profissional do Serviço Social, ou seja, o PEPSS, encontra-se vinculado e relacionado a projetos societários progressistas, de caráter transformador da ordem capitalista vigente. Portanto, não há coincidência entre os projetos societários conservadores e o PEPSS. Assim, especificamente no campo da saúde, ressalta-se que existe relação entre o PEPSS e o projeto de saúde pautado na Reforma Sanitária, ajustado na defesa das necessidades sociais de saúde da população usuária do sistema de saúde.

Dessa forma, chama-se atenção para o fato de que, segundo Paula (2009), nenhum projeto profissional tem a capacidade de transformar a sociedade, porque esta amplitude e construção pertence ao conjunto de atividades do projeto societário da classe trabalhadora, o qual pode ter como subsídio os projetos profissionais, como o do Serviço Social, em outras

palavras, o PEPSS. Compreende-se, assim, que o assistente social, enquanto profissional, contribui para a construção do ideal vinculado ao projeto societário revolucionário, mas não é responsabilidade do Serviço Social fundar uma nova ordem societária, mas, como já mencionado, da classe trabalhadora, da categoria trabalho, a qual é fundante da sociedade, do ser social.

O Serviço Social, através do PEPSS, encontra-se numa dianteira frente ao projeto societário conservador do grande capital na contemporaneidade: o projeto neoliberal, instaurado no Brasil na década de 1990, pois tal projeto “[...] opõe-se radicalmente à universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais” (LAURELL, 1995, p.163). Esta caracterização do projeto societário conservador vai de contra ponto aos valores e princípios defendidos pelo PEPSS, que estabelece a defesa radical dos direitos sociais, não se limitando na sociabilidade burguesa, pelo contrário que se contrapõem a ordem burguesa.

Ademais, através do projeto societário conservador neoliberal, os recursos e investimentos financeiros são mínimos para o social e máximo para o capital, ocasionando a limitação e a retração das ofertas dos serviços de caráter público, predominando a conformidade com regras do mercado, havendo, dessa forma, diminuição dos direitos sociais conquistados, presentes na CF de 1988.

É na direção contrária aos princípios e às estratégias idealizadas pelo projeto societário neoliberal que o PEPSS tem como compromisso e dimensão política: a defesa de convicções e valores identificados com a emancipação humana, liberdade, autonomia, democracia, pluralismo, sendo condizente com a equidade e justiça social, com a socialização da riqueza, entre outros. Isso quer dizer que a atuação do assistente social, especialmente dos profissionais inseridos nas USF's, imbricadas à materialidade do PEPSS, encontra-se consubstanciada aos princípios da Reforma Sanitária⁷, os quais estão atrelados também à defesa da saúde como direito universal, à participação social, à democracia, entre outros, o que contradiz com a ofensiva neoliberal. Conforme ratifica Netto (1999, p. 104-105):

Esquemáticamente, este projeto ético-político tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolher entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia e gênero. A partir destas escolhas que o fundam, tal projeto afirma a defesa intransigente dos direitos

⁷ Os princípios da Reforma Sanitária serão abordados de forma mais detalhada no segundo capítulo deste estudo.

humanos e a recusa do arbítrio e dos preconceitos, contemplando positivamente o pluralismo – tanto na sociedade como no exercício profissional.

Observa-se que o PEPSS deslumbra uma ordem societária para além do capital, uma vez que almeja não apenas um modelo de profissão, um tipo ideal da mesma, mas um modelo de sociedade para além do capital, e isto é um grande diferencial do PEPSS, é justamente por isso que ele é imbricado aos projetos societários progressistas. Mediante o desafio colocado pelo projeto societário conservador do grande capital, a partir da ofensiva neoliberal, acentua-se antemão que o PEPSS requisita do assistente social, perante o fazer profissional, uma atuação direcionada para os seus compromissos, atuando em conjunto com a luta da classe trabalhadora, contrapondo-se ao projeto neoliberal, uma vez que as tensões e conflitos presentes no projeto mencionado possibilitam também intervenções profissionais estratégicas.

É importante assinalar que assim como os projetos societários, os projetos profissionais, como o PEPSS estão sucintos a alterações e renovações, haja vista entende-se, a partir de Netto (1999), que estes possuem uma estrutura dinâmica. Essas modificações estão relacionadas às transformações econômicas, sociais e culturais, bem como ao desdobramento teórico e operativo da profissão.

Neste âmbito, Netto (1999) chama atenção, ainda, para o fato de que perante o contexto contemporâneo, as determinações históricas e conjunturais demonstram que o projeto societário burguês condizente com a ofensiva neoliberal encontra-se bem solidificado, o que faz com que os projetos societários e os projetos profissionais pautados nos interesses da classe trabalhadora situem-se numa condição menos favorável ao embate frente ao projeto societário conservador neoliberal. Todavia, o autor supracitado aponta que o PEPSS é viável, possível, justamente por encontrar-se nessa posição de confronto, considerando-se a sociedade uma totalidade de contradições.

Sob tal enfoque, destaca-se que a afirmação de um projeto profissional no interior da categoria profissional não desconsidera divergências e contradições. Nesta perspectiva, garante-se o pluralismo, por meio do respeito a distintas posições, tendências e correntes teóricas. No entanto, uma vertente pautada no pluralismo não desconsidera uma direção hegemônica, pois o PEPSS, de acordo com Ramos (2009), expressa prevalência de uma direção política no seio da categoria, edificada por vontade coletiva, elaborada não pelo caráter coercitivo.

Por conseguinte, é importante não confundir pluralismo com ecletismo, porquanto uma vertente plural garante espaços de discussões entre a diversidade de posições, mas não comporta nenhuma à articulação, conciliação entre tendências. O PEPSS não se articula a tendências e perspectivas neoconservadoras, posto que outras categorias profissionais poderão indicar projetos alternativos, condizentes ou não aos projetos societários progressistas.

Por isto mesmo, a elaboração e a afirmação (ou se quiser, a construção) de um projeto profissional deve-se dar com a nítida consciência de que o pluralismo é um elemento factual da vida social e da profissão mesma, cabendo o máximo respeito a ele, respeito, aliás, que é um princípio democrático. Mas o respeito ao pluralismo, que não pode ser confundido com o ecletismo e com o liberalismo, não impede a luta de idéias [...] (NETTO, 1999, p. 96-97).

A propósito destas afirmações, é necessário discutir acerca da materialização do PEPSS. Desse modo, segundo Teixeira e Braz (2009), o PEPSS é materializado e efetivado, ganhando visibilidade social, na realidade objetiva, mediante a articulação das seguintes dimensões: a primeira diz respeito à produção de conhecimento no interior do Serviço Social; a segunda, às instâncias político-organizativas da profissão; e a terceira é a dimensão jurídico-política. Isso corresponde também ao compromisso e aos subsídios teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo da profissão para efetivar o PEPSS nos espaços ocupacionais do assistente social. Destaca-se ainda que tais dimensões, que levam à materialização do projeto profissional do Serviço Social, na especificidade do fazer profissional do assistente social também no campo da saúde, serão melhor analisadas neste estudo, mediante resultados da pesquisa empírica, os quais serão discutidos no terceiro capítulo deste trabalho.

Destarte, conforme Teixeira e Braz (2009), a primeira dimensão diz respeito à produção do conhecimento por parte da categoria profissional, que tem como parâmetro perspectivas e posturas teórico-críticas, destacando a importância da dimensão investigativa imbricada ao fazer profissional produzindo, assim, conhecimento acerca da realidade profissional na qual os assistentes sociais estão inseridos, que no campo da saúde, essa realidade é perpassada principalmente pelas expressões da “questão social” nesta área de atuação. A segunda dimensão, ou seja, político-organizativa da profissão, ainda segundo os autores mencionados, refere-se aos espaços de deliberações e de representação da profissão, como: Conselho Federal de Serviço Social- CFESS, Conselhos Regionais de Serviço Social- CRESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social- ABEPSS, Executiva

Nacional de Estudantes de Serviço Social- ENESSO, além de organizações sindicais e associações profissionais. Nestes espaços democráticos são ratificados ou retificados os compromissos relacionados ao PEPSS consubstanciando, assim, a direção sociopolítica do projeto profissional mencionado, em sua orientação teórica e política, reafirmando a importância de se buscar ações para o embate com o projeto societário neoliberal.

Já a terceira e última dimensão, jurídico-política, segundo Teixeira e Braz (2009) diz respeito ao arcabouço legal e institucional do Serviço Social, como: Código de Ética Profissional de 1993, Lei de Regulamentação da profissão de 1993 (Lei nº 8.662/1993) e as Diretrizes Curriculares de 1996, e outras legislações sociais que estão presentes na CF de 1988. Estas são referenciadas durante intervenção profissional, considerando o campo de atuação em que se está inserido o assistente social. Na área da saúde, destacam-se: Lei Orgânica da Saúde - LOS, Lei nº 8.80/1993, Lei nº 8.142/1990, entre outras.

Por conseguinte, reafirma-se que o PEPSS encontra-se solidificado a projetos societários progressistas, de viés transformador da ordem social vigente. Logo, como visto, seu compromisso é com valores democráticos, ressaltando, assim, a importância de se articular as dimensões apontadas, as quais levam à materialização do PEPSS na contemporaneidade. Destarte, destaca-se, nesse processo de concretude do projeto profissional, a formação profissional do assistente social comprometida com a ampliação do mesmo.

1.2.1 A formação profissional do assistente social na contemporaneidade: considerações a partir da década de 1980 as exigências atuais

A partir das transformações e alterações provenientes das décadas de 1970 e 1980 que culminaram na consolidação do PEPSS, na década de 1990, exigiu-se também a renovação dos valores éticos e referenciais teóricos no que condiz à formação profissional dos assistentes sociais. Assim, nega-se os fundamentos teóricos interligados a bases conservadoras, como os referenciais positivistas, estruturalistas e funcionalistas. Destaca-se, desse modo, a necessidade de uma sistematização e fundamentação teórica pautada na teoria social crítica que inspirou o nascimento e a consolidação do PEPSS, ou seja, a teoria social crítica de Marx.

Ressalta-se que, segundo Netto (2009a), ainda na década de 1970, o Serviço Social ganhou legitimidade no espaço acadêmico e teve o aparecimento dos cursos de pós-graduação (mestrados, e mais especificamente na década de 1980, doutorados e especializações) em Serviço Social. Assim, ainda de acordo com o autor, é no contexto da pós-graduação, entre as

décadas de 1970 e 1980, através da expansão da dimensão investigativa, que se teve a ampliação do amadurecimento teórico e da produção de conhecimento no âmbito do Serviço Social. Isto possibilitou a articulação do Serviço Social junto ao campo das ciências sociais, mais especificamente em 1984, e um pluralismo teórico condizente com a ruptura do conservadorismo no âmbito profissional, compatível com vertentes e correntes progressistas.

Neste contexto, ainda em 1984, como profissão regulamentada, o Serviço Social passou a ser reconhecido enquanto área de produção de conhecimento junto às agências que financiam pesquisas científicas no país, como: o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), processo este que se faz presente até hoje (NETTO, 2009a). Segundo Iamamoto (2014), em 1986, o Serviço Social passou a integrar o Comitê de Psicologia e Serviço Social, isto é, Serviço Social e Psicologia fazem parte do mesmo comitê de assessoramento do CNPq.

A década de 1980 é caracterizada especialmente pelo emergir de uma formação profissional mais crítica e propositiva, em que a apreensão com a pesquisa, ou seja, com a dimensão investigativa tornou-se central no âmbito do Serviço Social. Conforme Iamamoto (2008a), foi uma década marcada pelo processo de maturidade intelectual dos profissionais, caracterizando, ainda nos termos da autora, a cidadania acadêmico-política da categoria, sob influência da aproximação e participação dos assistentes sociais nos movimentos de lutas da classe trabalhadora. Destaca-se, também, nesse processo, a publicação da obra de Iamamoto e Carvalho: *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*, publicada em 1982, já mencionada neste trabalho, assim, enfatiza-se que a partir da mesma foi possível pensar a profissão a partir da relação antagônica entre capital e trabalho, sendo o marco da aproximação do Serviço Social as obras clássicas marxianas, pois tal obra tem como base e fundamento as obras originais de Marx.

Mediante afirmações, corrobora-se que a década de 1980 representou o estopim histórico, também de maturidade da dimensão ético-político, demarcando o viés crítico e analítico da categoria profissional, bem como o fortalecimento das entidades representativas da profissão: CFESS/CRESS, ABEPSS e ENESSO. Nesta perspectiva, o processo de Renovação do Serviço Social brasileiro foi fundamental para a intervenção profissional, como também para a formação profissional, visto que possibilitou a ampliação da teoria social crítica nos marcos da dimensão teórica do Serviço Social na década de 1980, como já apontado, bem como o amadurecimento teórico e o adensamento da produção acadêmica. Além disso, todo esse contexto da década de 1970 e mais especialmente da década de 1980,

foi importante, ao mesmo tempo, por resultar na construção e, designadamente, na consolidação do PEPSS, contando da década de 1990.

Logo, o marco histórico que demarca recusa ao conservadorismo da profissão, ao que se refere à formação profissional, é o novo Currículo de Serviço Social de 1982 e o Código de Ética de 1986, os quais foram decorrentes de construções e elaborações presentes na realidade social perpassada. De acordo com Barroco (2005), a reorientação curricular de 1982 e o Código de Ética de 1986 evidenciaram o confirmar do empenho da categoria profissional junto à classe trabalhadora, à luz das lutas sociais democráticas, de caráter emancipatório.

Desse modo, a direção política a favor da classe trabalhadora refletiu, consequentemente, e continua até hoje, na formação profissional, por meio do projeto pedagógico; e na intervenção profissional, através do Código de Ética, de modo que tais componentes devem encontrar-se imbricados rumo a efetivar a ruptura com o conservadorismo profissional. Esta atenção do Serviço Social para com uma formação profissional atrelada ao compromisso com a classe trabalhadora foi significativa no sentido de fortificar a construção do PEPSS, pois contribuiu e permanece contribuindo nos tempos atuais, para reafirmar o posicionamento crítico do Serviço Social.

O currículo de Serviço Social de 1982, segundo Andrade (2015), marcou-se por caracterizar uma posição teórica-metodológica crítica ao conservadorismo profissional, e foi consubstanciado na produção do conhecimento proveniente da pós-graduação, indo de contra ponto a posturas teóricas conservadoras, sendo favorável, em sua fundamentação teórica e diretrizes propostas, a contribuir com a ampliação da dimensão política da categoria profissional, a qual concretizou posicionamento que está em curso na contemporaneidade, a favor da classe trabalhadora. O currículo de 1982, conforme a autora supracitada, tinha como objetivo ultrapassar as deficiências do Serviço Social de caso, grupo e também de comunidade, para tanto foram inseridas no currículo as disciplinas de História, Teoria e Metodologia do Serviço Social.

Todavia, o currículo de 1982 apresentou algumas limitações, entre as quais destaca-se, de acordo com Andrade (2015), a presença do ecletismo na perspectiva teórica e metodológica, o que não condiz com o PEPSS, porque neste projeto profissional não cabe a articulação entre tendências conservadoras. Ainda como limitação do currículo de 1982, a autora mencionada acentua a não importância de se articular teoria e prática profissional, de modo que a estrutura curricular preservava essa segregação. Como visto, apesar dos avanços do processo de formação profissional do currículo de 1982 os quais, já destacados, e que foram grandemente fundamentais para a construção e fortificação do PEPSS, tal currículo

precisou ser revisado devido as suas lacunas. Assim, “[...] os pressupostos do currículo/82 foram reafirmados e acrescidos, expressando a decisão coletiva de avançar na apropriação da teoria social crítica e do método que lhe é próprio, pelo que este contém de possibilidades de aproximação ao real [...]” (ABESS/CEDEPSS, 1996 apud KOIKE, 2009, p. 211).

A indicação de necessidade de revisão do currículo de Serviço Social de 1982 culmina na elaboração de um novo Currículo Mínimo, sendo aprovada as Diretrizes Curriculares de 1996⁸, a mesma veio fortificar a dimensão ético-política da profissão, na direção de remar contra a tendência da ofensiva neoliberal, priorizando por uma formação profissional de qualidade. Assim, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), instituída pela Lei nº 9.394, de 20/12/1996, “[...] que formaliza a reforma educacional em curso, o currículo mínimo recebeu a nomenclatura de diretrizes curriculares” (KOIKE, 2009, p. 212).

Vale frisar que, segundo Ribeiro (2012), a LDB/1996 promoveu a precarização do ensino, no sentido de impulsionar a forma rápida da formação profissional, por meio dos cursos com modalidades de ensino a distância, cursos tecnológicos, cursos de graduação como Serviço Social, entre outros. Dessa forma, ainda de acordo com a autora, a LDB/1996 encontra-se consubstanciada nos ditames do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Internacional para a Construção e Desenvolvimento (BIRD), em que se defende a mercantilização e a privatização, neste caso específico do ensino.

Este contexto possibilita o não comprometimento das instituições educacionais que ofertam cursos superiores no país com a qualidade do ensino, mas sim com os lucros. Esses determinantes demonstram, dessa forma, que a formação profissional da categoria profissional e outras áreas encontram-se permeadas pela precarização, devido à lógica neoliberal do capital no âmbito educacional.

Sob tal enfoque, é importante chamar atenção para o fato de que a dimensão investigativa e, conseqüentemente, a produção do conhecimento no Serviço Social teve sua gênese, como já sinalizado, entre 1970 e 1980, e sua importância faz-se presente ainda nos dias atuais, uma vez que permeia a formação profissional também na atualidade. Isso significa que ao se considerar o trajeto sócio-histórico da profissão, percebe-se que a pesquisa, isto é, a dimensão investigativa é algo próprio (natural) do Serviço Social (BOURGUIGNON, 2007), pois representa uma ferramenta para o profissional, haja vista que constrói um saber empenhado para com as demandas e as respostas apresentadas no cotidiano profissional.

⁸ As Diretrizes Curriculares de 1996 será também abordada de forma mais detalhada no próximo item.

Nesta direção, segundo a autora supracitada, a pesquisa é constituinte e constitutiva da atuação profissional.

Outro ponto que diz respeito à formação profissional na contemporaneidade e à importância de se enfatizar a dimensão investigativa durante este processo, refere-se à necessidade de expandir a pesquisa e a produção do conhecimento para além dos muros do âmbito acadêmico. Nesta direção, Setubal (2007) pontua que os docentes, na conjuntura atual, têm papel importante na direção de contribuir de forma incisiva e direta para com a formação do assistente social pesquisador, de modo a dar ênfase a dimensão investigativa também nos espaços sócio-ocupacionais. Haja vista, tal dimensão parte em sua maioria de profissionais que estão vinculados à docência, principalmente aos mestrados e aos doutorados.

Neste sentido, é preciso que a dimensão investigativa e a produção do conhecimento façam-se presentes também nos espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais, visto que a pesquisa precisa ser considerada de fato como intrínseca à atuação do assistente social, neste caso específico do profissional inserido na área da saúde. Assim sendo, a pesquisa e a produção do conhecimento durante a atuação profissional apresentam-se como elementos, e até mesmo como estratégia de superação dos limites, direcionando-se para materialização do PEPSS na realidade objetiva, uma vez que teoria e prática não devem ser segregadas.

Mediante estes componentes atuais que circunscrevem a formação profissional, é preciso retomar de forma mais detalhada as consequências da contrarreforma do Estado⁹ na educação. De antemão, é fundamental ressaltar que a contrarreforma do Estado, a partir da ofensiva neoliberal, tem seu marco inicial no Brasil na década de 1990. Desde então, o Estado expande seu caráter máximo para o capital e mínimo para os direitos sociais conquistados, e com a educação não é diferente. Isso quer dizer que esta conjuntura, intercalada às transformações mundiais, permeia e compromete também a formação profissional do assistente social nos tempos atuais. Por conseguinte, “[...] a questão da formação profissional do assistente social no Brasil está inserida no quadro geral da problemática universitária, expressando, de modo particular, os questionamentos da educação superior na sociedade brasileira” (SILVA, 2011, p. 264).

A contrarreforma do Estado que atinge também a educação e, consequentemente, o ensino superior, como o curso de Serviço Social, é caracterizada como a contrarreforma do ensino superior, pois os interesses e objetivos da educação crítica e de qualidade passaram a prevalecer sob a órbita do amplo mercado de negócios consolidados na lógica mercantil,

⁹ A caracterização da contrarreforma do Estado no Brasil e suas consequências negativas para o país será melhor explicitada no capítulo II deste trabalho.

sendo geradora de grandes lucros financeiros. Isso resulta, como já mencionado, na precarização da educação e, por conseguinte, do ensino, de modo que compromete a formação profissional crítica dos indivíduos perante os desafios que perpassam a realidade social nos dias de hoje. Assim, Iamamoto (2008b, p. 436-437) caracteriza a realidade do processo de formação na contemporaneidade, que permeia igualmente a formação profissional do Serviço Social, mediante a lógica perversa do capital:

A subordinação da educação à acumulação de capital compromete a qualidade do ensino superior e sua função pública, gera o desfinanciamento do ensino público superior, desvaloriza e desqualifica a docência universitária ante as cumulativas perdas salariais e elimina a pesquisa e a extensão das funções precípuas da universidade (2008b, p. 436-437).

Imbricada a essa questão, enfatiza-se a expansão do aumento do número de vagas nos cursos de Serviço Social nas universidades privadas e na modalidade de Educação a Distância (EAD), uma vez que tal fato compromete também o processo de formação profissional dos assistentes sociais que estão inseridos nestes espaços ou nesta modalidade de ensino, fragilizando a qualidade do ensino do Serviço Social e, conseqüentemente, a compreensão do PEPSS já no contexto do nível de graduação. De tal modo, a precarização da educação e, em consequência, do ensino compromete a apreensão e o conhecimento acerca do projeto profissional do Serviço Social, uma vez que este projeto é consubstanciado na direção de uma educação emancipatória.

Nestes termos, “[...] a precarização da formação guarda íntima relação com a precarização do profissional do Serviço Social. Isso nos remete à necessidade de compreender, na perspectiva da totalidade, os movimentos do avanço do capital na educação [...]” (SILVA, 2012. p. 47-48). Mediante cenário de expansão dos cursos EAD de Serviço Social que perpassa a formação profissional do assistente social nos tempos atuais, Iamamoto (2014) destaca, em seus estudos, que a propagação da modalidade de EAD no âmbito do Serviço Social leva à dimensão investigativa e, consecutivamente, a produção do conhecimento no âmbito do Serviço Social, a concentra-se mais no contexto acadêmico, o que, ocasionalmente, não é favorável para a formação profissional e para efetivação do PEPSS, já que a relevância da pesquisa deve, como já apontado neste trabalho, fazer-se presente também na atuação profissional do assistente social.

Como estratégia para superar este desafio, enfatiza-se a importância da formação permanente, através das especializações, mestrados e doutorados, pois ela tende a firmar a

compreensão da realidade numa perspectiva de totalidade, a partir de uma visão crítica da mesma, e salienta, assim, a apreensão da pesquisa para além dos espaços acadêmicos, visto que essa é uma constante que, como já mencionado, deve-se fazer presente também na intervenção profissional do assistente social nos espaços sócio-ocupacionais, como no campo da saúde. Importante pontuar que Iamamoto (2007a) defende ante os desafios interligados ao cenário da contrarreforma do ensino superior, uma formação profissional que possa possibilitar aos profissionais compreender a realidade no âmbito da ampliação do sistema capitalista, tendo assim perspectiva crítica frente aos desafios colocados pelo mesmo.

Destaca-se, ainda, que para a superação dos desafios que se fazem presentes na formação profissional, Koike (2009) acentua o papel das entidades representativas da profissão: CFESS, CRESS, ENESSO, as quais vêm lutando com o Ministério da Educação e Cultura (MEC) para suspender o curso de Serviço Social ofertado EAD, propondo o aumento do quantitativo de vagas nas universidades públicas. Ademais, tais entidades encontram-se em constantes embates a favor de uma formação profissional emancipada e libertadora, recusando criticamente os reflexos e influências da lógica capitalista também no contexto da educação, assim, sabe-se que os desafios são muitos.

Portanto, como visto o processo de formação profissional do assistente social na contemporaneidade, desde meados de 1970, 1980 vem sendo construído, apesar dos desafios colocados, por meio da reafirmação das entidades representativas da profissão em posicionar-se contrariamente a contrarreforma do ensino superior, direção a qual é consubstanciada para a materialização do PEPSS na contemporaneidade. Vale frisar que, nesse processo da formação profissional comprometida com a ampliação e concretude do PEPSS, destaca-se ainda o Código de Ética de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8662/93) e as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, de 1996.

1.2.2 Código de Ética Profissional do Assistente Social de 1993, Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8662/1993) e Diretrizes Curriculares de 1996

O Código de Ética Profissional de 1993, a Lei de Regulamentação da Profissão de 1993 (Lei nº 8662/1993) e as Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS, de 1996, juntos, indicam a direção que leva à concretude do projeto ético-político do Serviço Social, visto que essa dimensão jurídico-política da profissão faz parte da constituição do referido projeto.

Assim, antes de adentrar acerca do Código de Ética do assistente social, é pertinente traçar breves apontamentos sobre a definição da ética, reflexão que é indispensável neste contexto. Segundo Matos (2013), o ser humano transformou-se em sujeito ético através do trabalho, o qual possibilita também o desenvolvimento de habilidades humanas, e o distingue dos demais seres existentes. Dessa forma, o autor acentua que somente o homem é dotado de consciência, linguagem, habilidade teleológica, essa diz respeito à capacidade de enxergar/vislumbrar os resultados das ações e liberdade. Apenas o homem consegue agir de maneira consciente, universal e livre, pois é ainda por meio do trabalho que se torna indivíduo da práxis (BARROCO; TERRA, 2012).

Assim, a ética materializada na ontologia marxiana é um ponto da práxis do homem, é fundada a partir da centralidade da categoria trabalho, essa é vista como categoria central da fundação da ética, dos valores e também da moral. Pois “[...] *ao dominar a natureza, mas sem nunca poder viver fora dela, o homem se constitui num novo ser, o humano genérico, o ser social*” (LUKÁCS, 2004, apud MATOS, 2013, p. 78, grifos do autor). Ainda de acordo com Matos (2013), a ética deve ser compreendida enquanto categoria concreta, que é real e objetiva, e não como abstrata. Essa apreensão a respeito da ética é extremamente necessária, porquanto leva ao desvendamento do aparente, que se encontra solidificado e permeia os fenômenos sociais.

Outro aspecto importante acentuado nos estudos de Matos (2013) em relação à ética diz respeito ao fato de que ao ser considerada como concreta e real, a ética efetiva-se em escolhas. Nesta direção, o autor aponta que tais escolhas estão consubstanciadas como, por exemplo, em posicionamentos sobre determinados fatos, questões e materialização de projetos, as quais englobam aceitação de valores e princípios definidos, como os que consubstanciam o PEPSS. A partir disso, o autor define a ética também enquanto ação – portanto – todo ato, atuação, dotada de consciência, contribui para alcançar a essência dos fenômenos sociais e decorrentemente alterar a realidade posta. Logo, é fundamental considerar a historicidade dos fatos e apreender a categoria ética em sua totalidade sócio-histórica.

Conforme Barroco (2005), a apreensão acerca da ética é edificada no contexto da filosofia e tem como objeto a moral, destarte, é preciso diferenciar ética e moral. A ética direciona-se à transformação do homem, isto é, do indivíduo entre si, de seus valores, demanda posicionamentos, escolhas que abrangem e motivam a consciência, a sociabilidade, a habilidade teológica, a qual somente o homem possui, como já sinalizado anteriormente. Assim, o objetivo da ética a partir dessa compreensão centra-se na emancipação, na

universalidade, na liberdade, na autonomia do indivíduo. A ética está vinculada ao processo de intervenção do sujeito na realidade, desse modo, não se traduz apenas em reflexão crítica a respeito da moral. Ela proporciona a intermediação entre o indivíduo e o humano-genérico, visto que o humano genérico traduz-se em gênero humano.

O que interliga o indivíduo ao gênero humano são fundamentos, ou seja, elementos que possuem valor ético, como: política, movimentos sociais, cultura, entre outros. A concretização de modo pleno desse conceito de ética, pautado em valores emancipatórios, é circunscrita por dificuldades na sociedade capitalista, mas “[...] não se conclui, *necessariamente*, a impossibilidade de sua realização [...]” (BARROCO; TERRA, 2012, p. 55, grifos dos autores).

A moral, segundo Barroco (2005), corresponde a determinação de normas e deveres, mediante o convívio e o socialização na sociedade. A moral desenvolve um papel ideológico, por meio de intermediações complexas, pois visa atender necessidades de regulamentação dos indivíduos, ou seja, está vinculada ao controle do comportamento dos sujeitos. Ela encontra-se interligada ao plano do imediato, ao comportamento imediato do sujeito, nunca estará imbricada ao processo reflexivo, visto que não possibilita a realização de análise em relação ao comportamento, aos costumes, entre outros. Isso quer dizer que “[...] pela sua forma peculiar de submeter o indivíduo às exigências socioculturais através de normas e deveres, pode se configurar como uma forma de alienação” (BARROCO, 2005, p. 44). Logo,

É necessário que se desenvolva a consciência moral, que se aproprie da ética como reflexão crítica sobre a moral para se estabelecer quais as escolhas e ações táticas e estratégias que nos permitam organizar ações e sujeitos históricos para intervir no processo de democratização da sociedade [...] (GUERRA, 2007, p.27).

Neste processo, considera-se a ética profissional, no que tange especificamente o Código de Ética do assistente social, de acordo com Barroco (2005), uma das dimensões da ética. Dessa forma, é pertinente destacar os fundamentos que consubstanciam os determinantes históricos e contemporâneos do Código de Ética do Serviço Social, de 1993. Assim, ressalta-se que tal código consolidou-se mediante os reflexos do fervor da conjuntura que permeou o sancionamento da CF de 1988. Logo, o Código de Ética de 1993 foi fruto de diversificados debates e reflexões no seio da categoria profissional, bem como dos vários processos de mudanças que fazem parte da história da profissão, como o processo de Renovação do Serviço Social brasileiro. Tal Código mencionado tem seu aporte teórico

fundamentado na teoria social crítica de Marx, ele representa uma inquestionável legitimidade perante os assistentes sociais, destacando sua hegemonia diante dos profissionais. No entanto,

A afirmação desta hegemonia (que não se efetivou sem confrontos), que teve sua expressão inicial no terreno da ética, no código de 1986, e que se concretizou mais coerentemente e particularmente no Código de 1993, não quer dizer que no espaço específico da ética profissional a problemática dos valores esteja “resolvida” (BARROCO, 2005, p. 207).

Nesse particular, apreende-se que embora o Código de Ética de 1993 seja hegemônico para a categoria dos assistentes sociais, não significa que seja homogêneo. Isso constitui um cenário que não é imune de contradições, interesses diversificados e tensões, muito embora, como já apontado, tal Código possua hegemonia conquistada.

É claramente visto que o Código de Ética de 1993 encontra-se imbricado ao PEPSS, pois os onze princípios fundamentais do Código supracitado resguardam o rumo ético-político do projeto profissional do Serviço Social. Assim, o PEPSS está calcado no Código de Ética de 1993. Neste sentido, os princípios do Código de Ética de 1993 como representação ético-política do PEPSS “[...] não é tomado aqui como uma “antecipação utópica de desenvolvimento futuro”, mas como uma petição de princípios, como um compromisso a se realizar” (VASCONCELOS, 2015, p. 170). Diante disso, o Código de Ética de 1993 foi aprovado em 13 de março de 1993, sendo regulamentado pelas Resoluções CFESS Nº 290/94 e 293/94. Ele reafirma o compromisso da categoria profissional com a classe trabalhadora, confirma e fundamenta ainda a posição ético-política do PEPSS, demonstrando avanço teórico-metodológico e ético-político da profissão.

Para Barroco e Terra (2012), o Código de Ética de 1993 evidencia um produto, nos termos das autoras, do PEPSS, em que se opõe ao projeto neoliberal. Com efeito, o Código apontado indica a direção teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa do exercício e das respostas profissionais. Além disso, seus valores e princípios representam a dimensão política das ações profissionais, estabelecendo o comprometimento político da profissão com a classe trabalhadora. Outrossim, a concretização do Código de Ética demanda intervenções políticas por parte dos profissionais. Ademais, destaca-se que é importante não confundir a dimensão política das ações profissionais a vertentes partidárias ou militância política, visto que a caracterização política da atuação profissional “[...] se evidencia a partir da função educativa que essa prática assume na sua inserção no contexto das relações sociais, ou seja, a dimensão política do Serviço Social, enquanto profissão, se expressa na sua atuação

como prática inibidora ou estimuladora da luta política das classes [...]” (SILVA, 2011, p. 309).

Sob tal enfoque, apreende-se que o Código de Ética de 1993 “[...] é um instrumento que induz mudanças não só na categoria profissional que acolhe e aprova, como também tem o poder de induzir mudanças nos sujeitos envolvidos nas práticas profissionais. Neste sentido, [...] é um instrumento pedagógico da profissão do assistente social” (SILVA, 2012, p.42).

Como já mencionado o Código de Ética de 1993, possui onze¹⁰ princípios fundamentais, sendo importante frisar que a formação e a atuação profissional do assistente social são referenciados também por tais princípios, assim, os mesmos mostram a direção ético-política do PEPSS e, conseqüentemente, o compromisso político da categoria profissional nos diversos espaços sócio-ocupacionais, como na saúde.

- I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- II- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- III- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- IV- Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- V- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- VI- Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- VII- Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- VIII- Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação exploração de classe, etnia e gênero;
- IX- Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
- X- Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- XI- Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física (CFESS, 2012, p. 23-24).

¹⁰ Para maior aprofundamento das categorias presentes nestes princípios ver Barroco e Terra (2012), e Barroco (2005).

Nota-se, assim, o comprometimento da categoria profissional, através da normativa do Código de Ética de 1993, que seus valores centram-se na ampliação e consolidação da cidadania, liberdade, autonomia, democracia, a favor do acesso aos direitos sociais, políticos e civis conquistados. É a partir desta compreensão que a atuação do assistente social direciona-se para a materialidade do projeto profissional, enfrentando os limites postos pela conjuntura neoliberal e tornando possível a concretude do PEPSS. Salienta-se, também, mediante os princípios elencados, a importância da articulação da organização da categoria profissional junto a movimentos sociais, associações profissionais e de comunidades, entre outros, que comunguem da mesma direção do projeto profissional. Além disso, esses princípios estão articulados à atuação profissional dos assistentes sociais na ESF, na perspectiva da concretude do projeto profissional, na medida em que os profissionais buscam democratizar o acesso à saúde, desenvolvendo ações que possibilitam construir a autonomia dos usuários, através da participação social.

De acordo com Vasconcelos (2015), os princípios do Código de Ética mencionados não devem ser fragmentados durante a atuação profissional do assistente social. Além disso, a partir de tal Código, as intencionalidades de materialização do PEPSS tornam-se concretas, pois se estabelecem construções que organizam e orientam as ações éticas profissionais voltadas para o projeto profissional do Serviço Social.

Desse modo, tanto o Código de Ética de 1993 como o PEPSS estão voltados para a direção de uma nova ordem societária, contrária à ordem capitalista vigente. É procedente destacar que, embora através de seus aparatos legais, como o Código de Ética vigente e o projeto profissional, não cabe ao Serviço Social a dimensão revolucionária, uma vez que, como já apontado neste estudo, tal dimensão é de abrangência maior e complexa, sendo possibilitada pelo projeto societário da classe trabalhadora, cabendo aos projetos profissionais, como no caso do PEPSS, auxiliar para tal direcionamento.

Entre os avanços do Código de Ética de 1993, Barroco (2005) aponta para a presença do pluralismo e para a questão da ausência da neutralidade profissional. Acentua-se também, em tal Código, a superação do moralismo, o qual fundamentava toda a formação profissional dos assistentes sociais.

Mediante tantas conquistas que ocasionaram no avanço teórico, metodológico e ético-político do Serviço Social, enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, salienta-se o papel das instâncias político-organizativas da categoria profissional, visto que o

conjunto das entidades¹¹ representativas da categoria profissional: CFESS/CRESS, a ABEPSS e a ENESSO, a partir do avanço em compreender a profissão no contexto das relações sociais capitalistas, contribuíram significativamente na construção do Código de Ética de 1993, na solidificação da Lei de Regulamentação (Lei nº 8662/1993) e na elaboração das Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social de 1996.

Como já referenciado, o PEPSS encontra-se consubstanciado também na Lei de Regulamentação da profissão (Lei nº 8662/1993), haja vista a mesma dispor acerca do exercício da profissão de Serviço Social. Além disso, a Lei de Regulamentação da profissão vigente constitui-se também como avanço, pois ratifica e reafirma a negação ao conservadorismo profissional.

Neste sentido, a regulamentação do Serviço Social enquanto profissão aconteceu, segundo Silva (2012), atrelada à edificação da sociedade burguesa no país, uma vez que, como já debatido anteriormente neste trabalho, as demandas de caráter social, como consequência da relação contraditória entre capital e trabalho, passaram a ser constantes, deixando de ser consideradas caso de polícia, constituindo expressões da “questão social”, sendo tratada via políticas sociais, carecendo, assim, do assistente social. Este contexto, consequentemente, ocasionou a regulamentação da profissão.

A propósito destas afirmações, a Lei de Regulamentação da profissão vigente (Lei nº 8662, de 7 de junho de 1993) é um aparato legal que, em conjunto com o Código de Ética de 1993, enfatiza parâmetros acerca da conduta profissional. Assim, tal lei diz respeito ao comprometimento para com a competência e com as atribuições privatistas do assistente social, pois institui os aspectos que condizem, respectivamente, a cada esfera, ou seja, as competências e atribuições privatistas do profissional. Destarte, o artigo 4º da Lei de Regulamentação do Serviço Social atual discorre especificamente acerca das competências do assistente social, já o artigo 5º também da referida lei trata das atribuições privativas deste profissional.

Vale salientar a principal distinção entre competências e atribuições. A primeira caracteriza-se por serem atividades que não exigem habilidade técnica específica, desse modo, dizem respeito a atividades que são compartilháveis com outros profissionais. Logo, as atribuições privativas requerem uma formação técnica em Serviço Social para serem executadas, são atividades de domínio exclusivo do assistente social.

¹¹ Vale frisar que o objetivo deste estudo não se remete a analisar a particularidade e dinâmica interna de cada entidade representativa da categoria profissional. Assim, direciona-se em enfatizar a importância das entidades representativas da categoria profissional no processo de consubstanciar e afirmar a direção sócio-política da profissão embasada no PEPSS, direção essa que se contrapõe a ordem capitalista vigente.

É oportuno frisar, também, que a Lei de Regulamentação da profissão atual destaca a importância da dimensão investigativa durante a atuação profissional, já que entre os artigos 4º e 5º de tal lei, entre seus itens, apontam para a necessidade de se realizar pesquisas, planos, programas, com vistas a subsidiar as ações profissionais. Isso demonstra claramente o compromisso de tal lei para com o fortalecimento do PEPSS, pois como já discutido neste trabalho, a dimensão investigativa atrelada à intervenção do assistente social, constitui uma das dimensões que materializa o projeto profissional do Serviço Social.

Nesta perspectiva, ainda é pertinente enfatizar os seguintes itens especificamente do artigo 5º da Lei de Regulamentação da profissão em vigor que, como já dito, aborda acerca das atribuições privativas do assistente social:

[...] V – assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular [...] VII – dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação [...] X– coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social [...] (CFESS, 2012, p. 46).

Estes itens representam, igualmente, o compromisso da Lei de Regulamentação para com o PEPSS, uma vez que ao ser exigido graduação exclusivamente de Serviço Social para ministrar disciplinas e gerir unidades de ensino no âmbito do Serviço Social, leva tanto aos discentes como os docentes no processo de formação profissional a ampliar e aproximar-se de discussões pertinentes ao PEPSS, já que profissionais de outras áreas não possuem o devido conhecimento acerca da importância do projeto profissional do Serviço Social e das dimensões que o materializa. Além disso, ocasiona também o fortalecimento da atuação profissional do assistente social, nos espaços sócio-ocupacionais, como no campo da saúde, no sentido da mesma direcionar-se para a materialização do PEPSS, tendo em vista que o entendimento do referido projeto possibilita traçar estratégias que levem ao enfrentamento dos limites colocados pela conjuntura em que o profissional encontra-se inserido, para fins de concretude do referido projeto na realidade objetiva.

O conjunto de artigos que se fazem presentes na Lei de Regulamentação da profissão (Lei nº 8662/1993) significa um ganho para a categoria profissional, visto que contribui para o processo de fortificação da instância político-organizativa da profissão e, em consequência, para o fortalecer do PEPSS, pois reafirmam a intervenção do CFESS e CRESS direcionada para a ampliação do projeto profissional do Serviço Social. Logo, cabe evidenciar que as

distinções entre o Código de Ética de 1993 e a Lei de Regulamentação da profissão (Lei nº 8662/1993), o primeiro traz os princípios éticos com o qual a profissão encontra-se comprometida, elencando os deveres, direitos e proibições à categoria dos assistentes sociais, já a segunda determina os critérios para se desempenhar a profissão de Serviço Social dispondo, como visto, sobre as competências e atribuições privativas, jornada de trabalho, penalidades, entre outros.

Por fim, o PEPSS é calcado também nas Diretrizes Curriculares de 1996, a mesma, como já mencionado neste trabalho, é fruto do processo de revisão do currículo de Serviço Social de 1982. Esse processo foi marcado por vários momentos de debates e discussões coletivas, que aconteceram a datar de 1994 a 1996 através das Unidades de Ensino, por meio da XXVIII Convenção Nacional da Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), atualmente ABEPSS, realizado em 1993, na cidade de Londrina/PR, que determinou acerca do processo de revisão do currículo de 1982 (ABEPSS, 1996).

Nesta direção, a aprovação das Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social, de 1996, aconteceu por meio de assembleia constituída pelas entidades responsáveis pelo processo formativo dos assistentes sociais, através da organização da ABESS, hoje ABEPSS e do Centro de Documentação e Pesquisa em Políticas Sociais e Serviço Social (CEDEPSS) naquele momento, fazendo parte ainda o CFESS/CRESS e também a ENESSO (KOIKE, 2009).

O objetivo do processo de revisão do currículo de 1982, que culminou nas Diretrizes Curriculares de 1996, pautava-se em submeter a formação profissional a um processo avaliativo, de redefinição, mediante alterações e requisições contemporâneas (ABEPSS, 1996), o que resultou no avanço teórico-crítico da formação profissional do assistente social. A preocupação centrava-se em superar os desafios da formação profissional no viés do contexto contemporâneo, perpassado por transformações econômicas e sociais a partir da década de 1990, e em ressaltar a qualidade da formação profissional no âmbito dessa conjuntura (ABEPSS, 1996). Vale frisar que as Diretrizes Curriculares de 1996 do curso de Serviço Social foram homologadas pelo MEC em 09 de julho de 2001, sendo efetivada pela Resolução nº 15, de 13 de março de 2002.

As Diretrizes Curriculares de 1996, a partir dos seus pressupostos da formação profissional, levam à compreensão do Serviço Social inserido na divisão sociotécnica do trabalho, apreendendo a profissão no contexto das relações antagônicas e contraditórias entre capital e trabalho, visto que as transformações ocasionadas pela contrarreforma do Estado na década de 1990 alteraram as relações entre Estado e sociedade, as respostas profissionais e, de

modo consequente, também as demandas colocadas para o Serviço Social. Tais demandas passaram a ser consideradas e analisadas neste contexto de contradição inerente à sociedade capitalista.

Outro aspecto importante presente nas Diretrizes Curriculares de 1996 diz respeito à compreensão da “questão social” como um dos polos fundamentais tanto da formação como da atuação profissional do assistente social, pois segundo Iamamoto (2007a), a existência das políticas sociais é determinada pela “questão social”, a qual é intrínseca da sociedade capitalista. Sem a presença da mesma, não haveria motivos da presença das políticas sociais. Ademais, a nova lógica curricular presente nas Diretrizes Curriculares de 1996 avança e ratifica a importância da teoria social crítica e da apreensão do materialismo histórico-dialético no processo de formação profissional do assistente social, visto que tal método proporciona o desvelar da realidade social em sua essência no âmbito das relações sociais capitalistas. Isso quer dizer que o profissional a partir do processo de formação, fomentado pelas Diretrizes Curriculares de 1996, terá capacidade para compreender e desenvolver a importância de buscar conhecer a realidade para intervir e edificar estratégias de alterar a dada realidade. Sabe-se, então, que “[...] as mudanças verificadas nos padrões de acumulação e regulação social exigem um redimensionamento das formas de pensar/agir dos profissionais diante das novas demandas, possibilidades e das respostas dadas” (ABEPSS, 1996, p. 8). Logo, as Diretrizes Curriculares vigente reafirmam o compromisso com o rompimento do conservadorismo na profissão

Outro ponto importante das Diretrizes Curriculares de 1996 diz respeito ao avanço em acentuar a articulação entre teoria e prática, pois o universo da primeira dimensão não é estranho ao da segunda, uma vez que teoria emerge da própria realidade, de modo que a teoria é produto da realidade. Desse modo, a relação entre teoria e prática não é dicotômica, mas é uma relação articulada e de inquestionável sincronia. Conforme Menezes e Lustosa (2012), o desafio de compreender a relação imbricada entre teoria e prática, mesmo após a aprovação das Diretrizes Curriculares de 1996, é decorrente da não aproximação imediatista da teoria social de Marx, resultando, segundo Netto (1989), na insuficiente base teórica analítica, a qual é fundamental para apreender a indissociabilidade entre teoria e prática.

O fomento da articulação entre teoria e prática, presente nas Diretrizes Curriculares de 1996, remete à importância da dimensão investigativa integrada a intervenção profissional e, consequentemente, à materialização do PEPSS, visto que esse elo configura uma das dimensões consideradas para a concretização do projeto profissional do Serviço Social.

Assim, tal importância manifesta-se igualmente nas Diretrizes Curriculares em vigor, como ponto crucial que deve ser enfatizado durante o processo de formação do assistente social.

Essa consideração reafirma que o processo de formação profissional em Serviço Social, pautado nas Diretrizes Curriculares de 1996, implica na articulação do tripé: ensino, pesquisa e extensão, determinando a formação do assistente social como um processo amplo que proporciona um pensar e agir crítico, acerca da realidade social, em que o profissional é capaz de buscar resoluções propositivas por intermédio da dimensão investigativa (ABEPSS, 1996), dando ênfase nesse processo, também, na concretude do PEPSS.

As Diretrizes Curriculares de 1996 passam a apresentar uma nova lógica curricular pautada em três núcleos que constituem a formação profissional do assistente social, os quais são os seguintes:

O primeiro núcleo – *fundamentos teórico-metodológicos da vida social* – indica ser necessário ao assistente social o domínio de um conjunto de fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos para conhecer e decifrar o ser social, a vida em sociedade [...] O segundo núcleo – *fundamentos da formação sócio-histórica da sociedade brasileira* – remete à compreensão da sociedade brasileira resguardando as características históricas particulares que presidem a sua formação e desenvolvimento urbano e rural, em suas diversidades regionais e locais [...] O terceiro núcleo – *fundamentos do trabalho profissional* – compreende todos os elementos constitutivos do Serviço Social como uma especialização do trabalho: sua trajetória histórica, teórica, metodológica e técnica, os componentes éticos que envolvem o exercício profissional, a pesquisa, o planejamento e a administração em Serviço Social e o estágio supervisionado [...] (IAMAMOTO, 2007a, p.72, grifos do autor).

Como pode se observar, esses três núcleos justificam a nova lógica curricular referenciada nas Diretrizes Curriculares de 1996, e estão direcionados para a defesa de uma formação profissional que tem como direção e rumo o ratificar do PEPSS, visto que o projeto de formação profissional do Serviço Social, como já ressaltado neste trabalho, é uma vertente fundamental para fortalecer a atuação profissional do assistente social, especialmente na área da saúde, voltada para a materialidade do PEPSS. Ademais, esses três núcleos não devem ser vistos e considerados de forma dissociável, pois a possibilidade de conhecimentos que cada um expressa são complementares, desse modo, tais núcleos não devem também ser hierarquizados.

Logo, destaca-se que a implementação das Diretrizes Curriculares de 1996 aconteceu no contexto da ofensiva neoliberal, assim, tais diretrizes mediante suas alterações e mudanças mostram como caminho que vai de encontro à lógica neoliberal, lutando contra a expansão do

projeto conservador e seus reflexos no sistema educacional, os quais já foram discutidos neste estudo. Tendo em vista que as Diretrizes Curriculares em vigor, no que se refere a sua fundamentação teórico-metodológica e ético-política, prioriza pela qualidade do processo de formação.

Nesta direção, é relevante assinalar que as entidades representativas da categoria profissional neste cenário veem lutando intensamente contra a precarização do processo de formação profissional, a favor das Diretrizes Curriculares vigentes e demais conquistas da categoria, de modo condizente com um projeto de formação que acentua a qualidade do ensino e a defesa do PEPSS. Assim, é preciso continuar a lutar frente aos desafios que são colocados na contemporaneidade, por meio do projeto neoliberal, que atinge não apenas a educação e o processo de formação do assistente social, mas os demais direitos sociais.

Conforme fica evidente, os marcos legais que constituem o arcabouço legal do Serviço Social são fundamentais para a expansão do PEPSS e para a atuação profissional do assistente social nos diversos espaços sócio-ocupacionais, como a saúde. É neste sentido que a atuação profissional do assistente social, também nesta área, encontra-se consubstanciada ao projeto profissional do Serviço Social. No entanto, sabe-se que a implementação dos marcos legais, discutidos neste estudo e, conseqüentemente, a materialização do PEPSS, sofrem injunções da conjuntura societária atual, a qual é permeada pela contrarreforma do Estado pautada no projeto neoliberal. De tal modo, o contexto da contrarreforma do Estado, na política de saúde pública, complexificou as relações sociais capitalistas e, por conseguinte, a atuação profissional do assistente social e a efetivação do projeto profissional do Serviço Social no campo da saúde.

Capítulo II- A POLÍTICA DE SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL NO CONTEXTO CONTEMPORÂNEO

Este capítulo tem por objetivo apreender a política de saúde pública e o Serviço Social no contexto contemporâneo, o qual é perpassado pela contrarreforma do Estado, uma vez que tal conjuntura traz rebatimentos para a intervenção profissional do assistente social na saúde e para a materialização do PEPSS neste espaço sócio-ocupacional. Ademais, a política de saúde pública, especificamente a APS, circunscreve o lócus institucional da presente pesquisa.

2.1 A política de saúde pública no Brasil no contexto da contrarreforma do Estado, a partir da ofensiva neoliberal: embate entre o projeto de saúde pautado na Reforma Sanitária e projeto privatista de saúde

Para compreender a política de saúde brasileira no contexto contemporâneo, é preciso apreender sua trajetória sócio-histórica. Assim, conforme Bravo e Matos (2012), a política de saúde nos primórdios de sua construção, em meados da década de 1930, e de sua consolidação, entre o período de 1945 a 1964, esteve dividida entre: a saúde pública e a medicina previdenciária. Ainda segundo os autores, a saúde pública até a década de 1960 direcionava-se para campanhas sanitárias e combate a endemias e para medicina previdenciária.

Tratando-se especificamente da medicina previdenciária, a mesma foi criada com o objetivo de atender apenas à classe trabalhadora, sendo ofertada basicamente pelos institutos. Desse modo, em 1923, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que ficaram conhecidas como Lei Elói Chaves. Em 1933, foi criado o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs), e em 1966 teve-se a unificação da previdência social com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ambos também direcionados a atender os trabalhadores formais. A população que não trabalhava com carteira assinada ficava amparada pelos hospitais de caráter filantrópico e com atividades assistencialistas.

Nesta conjuntura, destaca-se que, conforme Cohn (1997), a essência de privatização da saúde e assistência médica, especificamente nas décadas de 1960 e 1970, já estava modelada com a constituição das empresas médicas, sendo tática para acumulação do capital. Percebe-se que a política de saúde esteve centrada numa racionalidade hospitalocêntrica e medicocêntrica. Assim, teve como principal foco o indivíduo, especialmente o trabalhador formal, em que a lógica privatista, no campo da saúde, desenvolveu seus interesses de modo mais intenso, a partir do regime ditatorial. Com a instauração da ditadura militar, em 1964, a

Política Nacional de Saúde encarou “[...] tensão entre a ampliação dos serviços [...] os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário” (BRAVO, 2009, p.94-95). Sob tal enfoque,

Durante a segunda metade da década de 1970 inicia-se um processo de mudanças implementadas no sistema de saúde, decorrentes de lutas que se estabeleceram dentro de um cenário político de falência financeira do modelo privatista, mediado pelo arrefecimento da repressão política do regime ditatorial e do início do processo de transição à democracia. Essas lutas foram alimentadas pela insatisfação e descontentamento da população em relação à garantia dos direitos de cidadania, acesso a serviços e à forma de organização do sistema de saúde vigente (MAMEDE, 2009, p. 88).

O que mais chama atenção é o fato de que essa conjuntura de embates resultou no que foi reconhecido como movimento sanitário, do qual foi proveniente a Reforma Sanitária (MAMEDE, 2009). Logo, a Reforma Sanitária consistiu na organização de profissionais referenciados numa saúde pública de caráter progressista e pautada nos ideais universais, que trouxe à tona o embate a favor da saúde como direito universal e de qualidade para todos.

Destarte, como já apontado neste trabalho, em 1986 ocorreu a VIII CNS, tal conferência foi importante e significativa para a ampliação da concepção de saúde. Neste evento foram reunidas diversas entidades representativas da sociedade civil organizada, profissionais da saúde, sanitaristas, sindicalistas, estudantes universitários, entre outros, acentuando a importância da Reforma Sanitária, tendo como princípios norteadores:

1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (FINKELMAN, 2002, p. 246).

Nesta perspectiva, em 1988, foi promulgada a CF, também conhecida como “Constituição Cidadã” – pois garantiu um sistema de Seguridade Social, abrangendo o direito à previdência, à assistência e à saúde, sendo estes dois últimos garantidos pelo Estado sem necessidade de contribuição anterior. Porém, esses ideários da Reforma Sanitária, presentes na Constituição mencionada, não foram suficientes para suprimir a articulação entre o setor privado e seu financiamento com relação ao sistema de proteção social, haja vista, o que diz

respeito especificamente à saúde, os serviços de saúde privados podem ser prestados como caráter complementar à política de saúde.

Cabe ressaltar que o movimento de reivindicações e lutas dos trabalhadores, na década de 1980, também foi fundamental para pautar alguns eixos da Constituinte de 1988, como os direitos sociais. Tal cenário de mobilizações dos movimentos sociais constituiu-se no contexto de exaurimento da ditadura militar e da crise capitalista de 1970, possibilitando, assim, o fortalecer e o embate da população em prol de melhores condições de vida no sistema capitalista.

Desse modo, tem-se um novo projeto de saúde direcionado pelos princípios da Reforma Sanitária, isto é, voltado para uma saúde pública democrática, universal e descentralizada, propondo “[...] uma relação diferenciada do Estado com a Sociedade, incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como os Conselhos e Conferências de Saúde” (BRAVO; MATOS, 2008, p. 199), tal projeto de saúde está implantado, consubstanciado e consolidado no SUS.

O SUS é regulamentado pelas seguintes leis orgânicas da saúde: Lei nº 8.080 de 1990 e Lei nº 8.142 de 1990, a primeira trata acerca das condições da saúde, abrangendo: promoção, proteção e recuperação; como também discorre sobre a estrutura e organização dos serviços de saúde do SUS; já a segunda discorre mais especificamente sobre a participação popular na gestão do mencionado sistema de saúde. Entre os princípios do SUS estão “[...] a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde; a participação da população na definição da política de saúde; o controle social na implementação da política de saúde e a autonomia dos gestores” (LIMA, 2011, p.83). Todos esses princípios incorporados ao SUS estão imbricados para garantir a saúde enquanto direito conquistado e que deve ser prestada, por meio dos serviços de saúde, com qualidade.

O significado de saúde presente no SUS parte da concepção ampliada do conceito de saúde. Assim, entende-se que o conceito de saúde não deve ser restrito apenas à presença de doença, visto que os determinantes biopsicossociais devem ser interligados à definição do que se constitui como saúde. Logo, “[...] ao se reconhecer a influência da cultura, das relações sociais e econômicas, das condições de vida e existência nos processos de saúde-doença, altera-se o objeto do conhecimento e a sua forma de abordagem” (NOGUEIRA; MIOTO, 2009, p. 228).

Deve-se destacar que a mobilização política e a ampliação dos espaços de controle democráticos, de modo que estes últimos funcionem de forma autônoma, representam as principais estratégias e o caminho para que se consiga concretizar, de fato, os princípios da

Reforma Sanitária que estão solidificados também no SUS. Todavia, a partir de 1990, a ofensiva neoliberal passa a ser central no Brasil e apresenta uma série de desafios para a concretude do projeto de saúde pautado na Reforma Sanitária.

Assim, para compreender a política de saúde a partir da década de 1990, inserida no contexto da lógica neoliberal, é necessário enfatizar a conjuntura que permeou a crise¹², estrutural do capital, a partir da década de 1970, que se perdura até os dias atuais, e tem provocado alterações na relação do Estado com a sociedade, trazendo várias consequências para a totalidade das relações sociais capitalistas, inclusive para as políticas sociais, como a saúde.

A hegemonia neoliberal tem sua origem imbricada a crise estrutural do capitalismo, na década de 1970, como já mencionado neste trabalho. Tal crise capitalista teve como principais consequências: queda da taxa de lucros, superprodução, desemprego, aumento da taxa de juros, enfraquecimento do modelo de produção taylorista/fordista, entre outros. A partir deste momento, o próprio sistema capitalista procurou saídas para reerguer-se, as quais estiveram, e permanecem até os dias atuais, consubstanciadas no projeto da ofensiva neoliberal e na reestruturação produtiva. Especialmente acerca da reestruturação produtiva, tem-se o toyotismo como novo modo de produção, superando o taylorismo/fordismo, visando a uma “[...] *produção fluida, produção flexível e produção difusa*” (ALVES, 2007, p. 158, grifos do autor), abrindo-se espaço para a mundialização¹³ do capital e sua financeirização¹⁴.

Neste novo cenário, os avanços democráticos conquistados que estão presentes na Constituição de 1988, bem como a agenda político econômica do Brasil, em 1990, passam a atender os interesses das agências internacionais de financiamento, especialmente do Banco Mundial (BM) e do FMI. Assim, representa “reformas” de viés liberal para o mercado, de modo que, de acordo com Behring (2008), tem-se o Estado totalmente influenciado e direcionado para a lógica do capital, a partir da Política de Ajuste Neoliberal. Nesse processo,

¹² A crise estrutural do capital é intrínseca ao modo de produção capitalista, tem proporções globais, atinge todos os países “e cumpre duas funções: a) “[...] a crise é um resultado, uma consequência do próprio desenvolvimento capitalista; b) [...] a crise é a causa, o motor, da recuperação econômica e da retomada de lucro” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 182, grifos dos autores). Dessa forma, “[...] a denominada crise do fordismo e do keynesianismo era a expressão fenomênica de um quadro crítico mais complexo. Ela exprimia, em seu significado mais profundo, uma crise estrutural do capital, em que destacava-se a tendência decrescente da taxa de lucro [...]” (ANTUNES, 2006, p. 31).

¹³ “No atual contexto de mundialização da economia, os grupos industriais transnacionais articulados às instituições financeiras passam a exercer o comando da acumulação [...] A necessária adaptação pressupõe liberalização e desregulamentação para o livre movimento das forças do mercado [...]” (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 186).

¹⁴ “A ascensão do capital financeiro foi seguida pelo ressurgimento de formas agressivas e brutais de procurar aumentar a produtividade do capital em nível microeconômico, a começar pela produtividade do trabalho. Tal aumento baseia-se no recurso combinado às modalidades clássicas de apropriação de mais-valia [...]” (CHENAIS, 1996, p. 16).

ênfatiza-se que o atendimento dos interesses das agências internacionais de financiamento estão direcionados para as orientações do receituário neoliberal, o qual está reforçado no Consenso de Washington¹⁵, em que se propôs várias medidas de ajustes também para o Brasil, na década de 1990.

É fundamental destacar as considerações de Pereira (2008), a respeito do processo neoliberal, segundo a autora, a partir de tal âmbito, prevalecem duas principais tendências, as quais estão voltadas para a limitação e retração ao que se refere às ofertas dos serviços de caráter de público, predominando a conformidade com regras do mercado, como é o caso da saúde. Por conseguinte, de acordo com Laurell (1995, p. 163),

[...] As estratégias concretas idealizadas pelos governos neoliberais para reduzir a ação estatal no terreno do bem-estar social são: a privatização do financiamento e da produção dos serviços; cortes dos gastos sociais, eliminando-se programas e reduzindo-se benefícios; canalização dos gastos para os grupos carentes; e a descentralização em nível local.

A propósito destas afirmações, percebe-se que a onda neoliberal provoca uma verdadeira regressão dos direitos sociais garantidos na CF de 1988. A conjuntura neoliberal representa, na verdade, “[...] por meio das chamadas reformas estruturais [...] o início da contra-reforma neoliberal no país” (BEHRING, 2008, p.151). O discurso da burguesia é pautado na lógica da razão instrumental, em que se preservam seus interesses a favor do ideário neoliberal.

Com efeito, corrobora-se com Soares (2010), no sentido de que a tendência do neoliberalismo tem relação direta com o momento, denominado por Coutinho (2010), como filosofia da decadência, o qual tem como principais consequências: o abandono e/ou o empobrecimento da razão dialética. Desse modo, a partir do contexto e ideário neoliberal, nega-se a compreensão de forma racional da realidade social pelo viés da contradição, da totalidade e da apreensão histórica. Para tanto, preserva-se o imediatismo, a fetichização da realidade no âmbito das diversificadas relações sociais, como o Estado e as políticas sociais, especialmente da política de saúde na contemporaneidade.

¹⁵ O Consenso de Washington, consolidado em 1989, refere-se ao agrupamento de medidas composto por dez regras básicas, sua constituição partiu de economistas que estavam interligados a agências multilaterais, ou seja, organismos financeiros internacionais, entre os quais: BM, BIRD e FMI, “[...] fundamentados num texto do economista John Williamson, do International Institute for Economy, e que se tornou a política oficial do Fundo Monetário Internacional em 1990, quando passou a ser "receitado" para promover o "ajustamento macroeconômico" dos países em desenvolvimento que passavam por dificuldades” (LIMA, 2011, p. 19), dentre estes países está o Brasil.

Assim, no que diz respeito especificamente à política de saúde, a mesma foi uma das áreas mais acometidas pelo processo de contrarreforma do Estado pautada na ofensiva neoliberal, pois ao invés de prevalecer o SUS fortificado, tem-se “[...] um sistema privado prestador de serviços de saúde altamente complexo, com alta densidade tecnológica, e que progressivamente vai se transformando num setor de acumulação de capital” (COHN, 1995, p. 232). Em consonância com Bravo (2009), constata-se, a partir da década de 1990, a existência de disputa e tensão entre o projeto de saúde privatista e o projeto de saúde pautado nos princípios da Reforma Sanitária. Dessarte, o primeiro tende a descaracterizar e desconstruir os princípios firmados e implementados no SUS, que são pontos centrais defendidos pelo segundo.

É claramente visto que a política de saúde no Brasil encontra-se perpassada pela consolidação dos avanços presentes na CF, principalmente no que diz respeito aos direitos sociais, como a saúde, mediante aprovação das leis orgânicas da saúde, já apontadas anteriormente, as quais garantem a participação da sociedade na construção e implementação dos serviços de saúde; em contrapartida, tal política também é imbricada pelo avanço da ofensiva neoliberal, através de regulamentações jurídicas voltadas para complementaridade dos serviços ofertados pelo SUS por meio dos setores privados de saúde, visto que o projeto de saúde privatista, nos dias atuais, encontra-se em plena propagação e expansão.

A partir de tal concepção, o projeto de saúde direcionado para os princípios da Reforma Sanitária está centrado, nos termos de Soares (2010), numa racionalidade político-emancipatória, tendo em vista que as ações de assistência à saúde são voltadas principalmente para a prevenção e promoção à saúde – o que torna possível e viável a participação da comunidade através do controle social, visando à autonomia dos indivíduos e à construção de uma política de saúde que funcione de modo efetivo e seja satisfatória.

Como percebe-se, esse ideário vai de contraponto à racionalidade instrumental, que condiz com o modelo privatista de saúde direcionado, segundo Sarreta (2008), para uma saúde curativa, centralizada nas doenças, no indivíduo e nas especialidades. Compreende-se que tal conjuntura leva ao atendimento direto dos interesses da lógica burguesa, uma vez que a centralização, principalmente na doença/patologia, é rentável economicamente para o setor privado de saúde.

Mediante esta conjuntura, a política de saúde, no contexto neoliberal, é caracterizada pela fragmentação, focalização, privatização e descentralização como sinônimo de transferência de responsabilidade. Logo, tem-se um Estado mínimo no protagonismo das políticas sociais, como a política de saúde. Desse modo, o acesso ao direito à saúde pública

torna-se restrito, limitado, ineficaz e pontual, sendo direcionado basicamente para a população que não pode arcar financeiramente com os serviços privados de saúde. Assim, é constante também o fato de que a política de saúde pública brasileira não é efetiva no que se refere ao seu caráter universal, haja vista que a partir da lógica neoliberal, as políticas sociais tornam-se excludentes, e no caso da política de saúde, expande-se a mercantilização dos serviços de saúde por meio da expansão da privatização da oferta dos serviços de saúde, levando consequentemente ao sucateamento da saúde pública, o que se apresenta enquanto desafio para a concretude dos princípios do projeto de saúde pautado na Reforma Sanitária e do PEPSS. Ademais, imbricado a este cenário de expansão do projeto privatista de saúde,

Os serviços de saúde tornam-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de maximização do capital. As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde, seguros saúde [...] entre outros (SOARES, 2010, p. 41-42).

Assim, salienta-se que o governo de Fernando Collor de Melo (1990-1992) marcou o cenário de execução da ofensiva neoliberal no Brasil, em que o desenvolver e o desempenhar do Estado foi minimizado, a favor da reorganização do capital, o qual tem como principal objetivo a lucratividade no sistema capitalista. Dessarte, em seu governo, a saúde pública esteve direcionada para atender a lógica do capital, isto é, os setores dos serviços de saúde privados, acarretando um momento de regressão do projeto de saúde pautado nos princípios da Reforma Sanitária. “O resultado desse processo começou a se expressar através da oferta de serviços altamente discriminatória, seletiva para os diferentes cidadãos, segundo a sua inserção social e fixada na atenção médica” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 393).

Com a saída de Collor do governo, Itamar Franco (1992-1995) assumiu o poder e continuou a expandir os interesses da ofensiva neoliberal, seguindo o receituário neoliberal, apresentado pelas agências internacionais de financiamento. No entanto, de acordo com Paim (2007), apresentou empenho para descentralizar a prática em saúde, deu início aos debates acerca da Reforma Psiquiátrica, criação do Programa Saúde da Família (PSF)¹⁶, em 1994, o qual atualmente denomina-se de ESF, entre outros, e avançou na prestação de serviços de

¹⁶ A partir de 1996, o PSF passou a denomina-se ESF, com vistas a oferecer a APS uma concepção abrangente e imbricada aos outros níveis de atenção à saúde e reorientar o sistema de saúde no Brasil (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

saúde no âmbito do SUS, apesar das limitações, tendo em vista que os investimentos para as políticas sociais, como a política de saúde, foram mínimos, como já mencionado.

Para implementação da descentralização na política de saúde, foi aprovada a Norma Operacional Básica (NOB) 01/1993, a partir da mesma, dentre outros pontos, foram estabelecidas distintas modalidades de gestão na saúde, como: parcial, incipiente e semiplena; além disso, os municípios deixaram de serem vistos como aqueles que somente têm a função de operacionalizar os serviços de saúde, e passaram a gestão plena dos serviços de saúde (PAIM, 2007).

Outro ponto importante da NOB/93, ainda conforme o autor supracitado, diz respeito ao fato de ampliar a participação da sociedade civil, no que se refere ao desenvolvimento e decisões pertinentes à esfera da política de saúde, por meio do desempenho dos conselhos de saúde. Todavia, ainda de acordo com Paim (2007), a NOB/93, apesar de apresentar avanços, encontrou-se numa condição longínqua da regulamentação, no que condiz acerca da sua efetividade, uma vez que, segundo o autor, não enfatizou a importância da integralidade, entre outros.

Como continuidade desta lógica a favor do capital, o governo de Fernando Henrique Cardoso-FHC (1995-2002) intensificou as medidas da ofensiva neoliberal no Brasil, de modo que as políticas sociais, como a política de saúde, sofreram consequências, devido, principalmente, à contenção de gastos para com as mesmas. Como expressão maior da contrarreforma do Estado em seu governo, foi instituído o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), o qual teve como principal condutor Bresser Pereira.

Sabe-se que as modificações pertinentes ao setor saúde estavam contidas no documento do MARE, especificamente no caderno nº. 13, de 1998 (BRAVO; MATOS, 2008), de modo que a APS¹⁷ foi vista como prioritária sendo preciso, assim, conter os gastos com os serviços de saúde direcionados para o âmbito hospitalar, no que tange aos internamentos e serviços de caráter ambulatorial. Do mesmo modo, foram direcionadas as seguintes ações para o setor saúde, fazendo-se presentes no documento anteriormente mencionado:

- 1ª) Uma descentralização mais rápida e decisiva, com maior definição das atribuições e do poder de decisão das três esferas de governo [...] 2ª) A montagem de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado [...] 3ª)

¹⁷ A APS será abordada de forma detalhada no próximo item.

Montagem de um sistema de informações em saúde, gerenciado pelo SUS, através do DATASUS [...] (BRAVO; MATOS, 2008, p. 208-209),

Compreende-se, de tal modo, que essas propostas ratificam a preocupação com o controle e restrição de gastos, focalizando a prestação dos serviços de saúde no atendimento básico, pois este atendimento não é gerador de capital e, conseqüentemente, de lucros. Neste sentido, o governo de FHC foi marcado ainda pela desconstrução do conceito de Seguridade Social, presente na CF de 1988, pois “[...] para assegurar seguidos superávits primários e cumprir os acordos com o FMI [...] há uma penalização generalizada da seguridade social, que poderia realizar uma cobertura muito mais ampla [...]” (BEHRING, 2008, p. 271). Especialmente acerca da saúde, como já apontado, a expansão dos planos privados de saúde tornou-se objetivo central.

Conforme Bravo e Matos (2008), o governo de FHC, durante os dois primeiros anos de mandato, sob o comando do ministro da saúde Abid Jatene (1995-1996), nada apresentou de avanço para a política de saúde. Destarte, segundo Paim (2007), este governo em seu início foi permeado por debates acerca da política de saúde, que diziam respeito às conseqüências da política econômica para as situações de saúde da população, assim como referiam-se ao financiamento de tal política. Todavia, a realização desses debates não foram suficientes para que as políticas sociais, especialmente a política de saúde, fossem tidas como prioritárias no que compete ao orçamento financeiro do governo mencionado.

A propósito destas afirmações, outro elemento importante do seu governo, que contribuiu de certa forma para a priorização do projeto privatista de saúde, foi a NOB/ 1996, a qual tem por propósito reorganizar os modelos de gestão à saúde, enfatizando a APS e o papel dos municípios no que concerne à gestão dos serviços de saúde, ou seja, os municípios tornaram-se responsáveis pela APS. Assim, a gestão à saúde apresentadas para os municípios por essa NOB são: a Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Municipal (MAMEDE, 2009). Além disso, de acordo com Nogueira e Miotto (2009), ainda por meio da NOB/96, o contributo financeiro dos serviços de saúde não se daria mais por produtividade, e sim por programas direcionados à atenção básica à saúde, isto é, a APS com ênfase à prevenção e promoção à saúde.

Compreende-se, portanto, que apesar dos avanços proporcionados pela NOB/96, como o fato da APS assumir caráter prioritário, tal norma não enfatiza o desenvolver dos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) de forma intersetorial, o que deveria ser

ressaltado, já que isso possibilita melhores condições para a prestação dos serviços de saúde do SUS e para a qualidade de vida dos seus usuários.

A gestão do Ministério da Saúde, ainda no governo de FHC, comandada pelos ministros José Carlos Seixas (1996), Carlos César Albuquerque (1996-1998) e José Serra (1998-2002), continuou a intensificar a ofensiva neoliberal na política de saúde (BRAVO; MATOS, 2008). Então, ainda segundo os autores supracitados, em 1997, foi instituído “o ano da saúde”, porém, o dito “ano” preservou a lógica do projeto de saúde privatista e os interesses do capital, a favor da mercantilização da saúde, sendo assim passível de várias críticas.

Além das circunstâncias que caracterizam a política de saúde no Brasil no contexto neoliberal, cabe destacar que os tensionamentos presentes no SUS estão relacionados ao fato de que o sistema concretiza-se de modo contraditório e conflituoso, defrontando-se constantemente tanto com a afirmação, bem como com a negação do direito à saúde (SOARES, 2010), o que remete à ausência de efetividade do SUS na prática e a baixa qualidade perante a prestação dos serviços ofertados pelo sistema mencionado. Nesta direção, os tensionamentos presentes no SUS são justificados como de ordem administrativa, ampliando-se a justificação dos novos modelos de gestão na saúde pública, que foram implementados ainda no governo de FHC, como as Organizações Sociais (OSs) regulamentadas pela Lei nº 9.637/1998 e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), pela Lei nº 9.790/1999. Tais fundações têm como finalidade a gestão dos serviços públicos de saúde, tendo repasse direto de investimentos financeiros públicos – possibilitando a prevalência do projeto privatista de saúde sob o projeto de saúde direcionado para os princípios da Reforma Sanitária.

Diante do exposto, o governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) representava a luz para a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária, em meio aos caminhos de fracasso que a política de saúde estava sendo edificada. Contudo, esse governo deu seguimento à política financeira e econômica conservadora constituída a partir da ofensiva neoliberal. A Seguridade Social, no governo de Lula, segundo Bravo (2009), foi concebida numa compreensão fracionária, em que a política econômica e os ajustes fiscais foram priorizados em detrimento das políticas sociais. No que tange especificamente à política de saúde, reafirma-se, segundo a autora mencionada, que durante esse governo, houve oscilação entre ações direcionadas ao projeto de saúde pautado na Reforma Sanitária e ao projeto privatista de saúde, de modo que priorizou o último.

Em sua campanha eleitoral, Lula acentuou as principais propostas para o setor da saúde, entre as quais “[...] cumprir os gastos com saúde previstos na Constituição; criar as farmácias populares; garantir o acesso a medicamentos; aumentar redes de pronto-socorros [...] aumentar para 30 mil o número de equipes do Programa Saúde da Família [...]” (FREITAS, 2007, p. 68), entre outras. Após assumir o governo, algumas ações condizentes com o projeto de saúde sanitaria foram implementadas, entre as quais: nomeação de pessoas envolvidas com a Reforma Sanitária para ocupar o Ministério da Saúde; instituição de secretarias dentro do próprio Ministério da Saúde, para fortalecer uma gestão da saúde concordante a Reforma Sanitária; realização da XII CNS; ampliação da participação social, mediante fortalecer do controle social, delegação de representantes da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para gestão do Conselho Nacional de Saúde, entre outros (BRAVO, 2009).

No entanto, a citada autora destaca que o financiamento da Seguridade Social que abrange o direito à saúde, como já apontado, foi comprometido, uma vez que o recurso financeiro destinado à mesma foi usado para assegurar o superávit primário, assim como permaneceu a focalização no PSF, atualmente ESF, e ineficácia entre a articulação dos níveis da saúde, isto é, primário, secundário e terciário, entre outros limites que perpassaram a política a saúde em seu governo.

Acerca, especialmente, do desfinanciamento para com a Seguridade Social, que engloba a política de saúde, pode-se afirmar que ocasionou, no que tange à mesma, um

[...] estado de choque, gerando intensa repressão de demanda, com congestionamento nos prontos-socorros, precarização da atenção básica preventiva e predomínio de intervenções tardias e o retorno de doenças consideradas extintas. Enquanto isso, ocorre a expansão da saúde privada, via planos de saúde para a classe média (FREITAS, 2007, p. 68).

Pode-se afirmar que este contexto de desfinanciamento das políticas sociais, em se tratando especificamente da política e saúde, circunscreveu também o governo de Lula, visto que suas propostas elencadas, durante campanha eleitoral para a saúde, já ao assumir o cargo de presidente do país, não foram efetivadas em sua integralidade, pois continuou em seus dois mandatos a seguir os ditames do FMI e do BM, presentes no receituário neoliberal, de modo que não se tem o embate frente ao projeto de saúde privatista. Logo, o usuário do SUS, tido por meio da CF de 1988 como cidadão de direito, permaneceu sendo considerado como cliente e consumidor dos serviços de saúde. Ademais, sem assegurar o financiamento das

políticas sociais, como a política de saúde, não se garante a efetividade e eficiência do SUS, nem consequentemente dos seus princípios.

Consubstanciado a este cenário da contrarreforma do Estado a partir da ofensiva neoliberal, e aos rebatimentos do mesmo para a política de saúde na contemporaneidade, especialmente no governo de Lula, um dos principais agravantes em sua gestão diz respeito ao fato de ter dado continuidade a redefinição do modelo de gestão da saúde com a criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), aprovada pela Lei Complementar nº 92/2007. Como já apontado, tais fundações possuem como objetivo administrar o orçamento público, de modo a efetivar a participação mínima do Estado na implementação da política de saúde.

Como visto, o governo Lula, apesar de apresentar alguns avanços para com a política de saúde, já mencionados neste estudo, em seus dois mandatos, reafirmou o processo de desconstrução, no contexto contemporâneo, de seu caráter como política pública, universal e que é ofertada pelo Estado. Tal contexto demonstra o embate no seu governo, entre fortalecer o projeto de saúde fundamentado na Reforma Sanitária e intensificar muito mais a ampliação do projeto privatista de saúde (Bravo, 2009). Isso acontece, principalmente, devido à contrarreforma do Estado a partir das convicções/princípios do ideário neoliberal, que ocasiona, também, alterações, contradições e mudanças na política de saúde, especificamente no SUS.

O governo de Dilma Vana Rousseff (2011-2016), não diferentemente dos seus antecessores, no que tange à Seguridade Social e, consequentemente, à política de saúde, priorizou a política econômica em detrimento das políticas sociais. A lógica da mercantilização, que atinge os serviços de saúde prestados pelo âmbito da política de saúde pública, corrobora para derruir as conquistas alcançadas através da Reforma Sanitária, e como vem sendo analisado nesta discussão, percorre todos os governos desde a década de 1990.

Com base nisso, a gestão de Dilma, em 2011, direcionou do orçamento público para despesas com a saúde, abrangendo assim o SUS 45,7 %, em contrapartida para o setor privado de saúde, que engloba o projeto privatista de saúde, o total dos recursos investidos foi de 54,3% (SOARES; SANTOS, 2014). Compreende-se, assim, que essa gestão continuou a tratar a política de saúde, no contexto neoliberal, no que compete ao quesito financiamento, como algo para segundo plano, tornando-a excludente, não universal, sendo estimuladas por relações verticalizadas e opondo-se ao caráter integral, no que condiz sua execução. Isso vai diretamente de contra ponto aos princípios e diretrizes do SUS.

Com efeito, o governo Dilma, inserido na conjuntura da contrarreforma do Estado mediante ofensiva neoliberal, no que corresponde à política de saúde e ampliação do projeto

privatista de saúde, é marcado pela negociação “[...] com seguradoras e administradoras de planos de saúde [...] redução de preços para facilitar acesso de pessoas aos planos privados; elevar o padrão de atendimento” (CARVALHO, 2013, p.23).

Outro ponto imbricado a este processo que caracterizou a gestão de Dilma em relação ao setor saúde, no contexto neoliberal, diz respeito ao fato de desenvolver diversificadas modalidades de Parceria Público Privado (PPP). Tal desenvolvimento dá-se com a consolidação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), através da Lei nº 1.749/2011, essa empresa de caráter privado passa a administrar os Hospitais Universitários públicos. Nesta direção, as PPPs correspondem mais uma estratégia do projeto de saúde privatista, pois “[...] é no movimento de transferência, para a esfera mercantil, de atividades que até então eram [...] regulamentadas [...] pelo Estado, que o movimento de mundialização do capital encontra suas maiores oportunidades de investir” (CHESNAIS, 1996, p.186).

Mediante sucessões de governos, que apreende ainda a conjuntura atual, é perceptível que no âmbito específico da política de saúde, a contrarreforma neoliberal, pautada na lógica da racionalidade instrumental da burguesia, nos dias atuais, é responsável também pela ausência de efetividade do SUS, o qual ao longo dos tempos não conseguiu ser concretizado de fato, levando em considerações seus objetivos, princípios e diretrizes apresentados em suas regulamentações, ou seja, leis orgânicas da saúde. Ora, como não relacionar a ausência de efetividade do SUS aos interesses da racionalidade instrumental da burguesia?

Tendo em vista que amplia-se a prestação de serviços de saúde pelo mercado privatista, tal processo é fundamental para a expansão e valorização do capital, acentuando-se um Estado altamente favorável à financeirização do capital em detrimento de políticas sociais efetivas, como é o caso da política de saúde. Esta é permeada pelo projeto de saúde pautado na Reforma Sanitária, como sendo pública, em que todos os cidadãos de direito têm acesso, e pelo projeto privatista de saúde consubstanciado na mercantilização da saúde, compreendendo a mesma enquanto mercadoria.

Por conseguinte, é preciso fortalecer a participação social, os movimentos de saúde progressistas, ampliar o controle social e garantir, de fato, o direito à saúde pública, universal e integral à população brasileira. Para tanto, faz-se necessário estabelecer estratégias que possibilitem regredir e derruir o projeto privatista de saúde, revigorando, assim, a concepção de saúde como dever do Estado. Ressalta-se que APS encontra-se também permeada pelo contexto da contrarreforma do Estado e será melhor abordada a seguir.

2.2 A Atenção Primária à Saúde: apontamentos necessários

Para se compreender a contextualização histórica da APS, no Brasil, faz-se necessário primeiramente apreender sua origem no cenário mundial. Deste modo, os primórdios da APS remota da década de 1920, especificamente na Grã-Bretanha, a partir do momento que profissionais do Ministério da Saúde e médicos conveniados ao setor privado deste país lançaram a proposta de que os serviços de saúde fossem prestados a nível de atenção primária, por médicos e demais profissionais auxiliares, e que abrangesse toda a população, tais serviços seriam ofertados em centros de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Essa proposta encontrou-se presente no Relatório Dawson, o qual deu ênfase a ideias de práticas de saúde direcionadas ao caráter preventivo e curativo, em que a figura do médico generalista, neste contexto, era central, sendo contrário ao modelo flexneriano. Ainda de acordo com as autoras supracitadas, continha nesse relatório a proposta de reestruturação do sistema de saúde nos seguintes níveis: primário, secundário e terciário. Isso destacou a regionalização dos serviços de saúde.

É oportuno lembrar que o modelo de saúde, naquele momento, conforme Castro (2009), era baseado no modelo médico-hegemônico, o qual foi consubstanciado no Relatório Flexner, datado de 1910, centrado em realização de procedimentos, em especialidades médicas, reafirmando a atenção à saúde no âmbito hospitalar.

Na década de 1960, desenvolveu-se, nos Estados Unidos, a medicina comunitária, a qual trouxe, segundo Castro (2009), uma série de ações voltadas a APS, como: prevenção e promoção à saúde da comunidade, participação da comunidade no que tange à saúde, abordagens médicas alternativas, entre outros. Isso quer dizer que tais ações abrangiam segmentos populacionais excluídos, ou seja, prestavam-se serviços de saúde de viés abrangente de fato. Todavia, conforme a autora, a medicina comunitária mostrou-se mais como prática em saúde suplementar ao modelo médico-hegemônico, por ter descontextualizado a comunidade dos aspectos sociais e econômicos que perpassava a conjuntura naquela década.

Com efeito, a Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme Giovanella e Mendonça (2008), intensificou o julgamento a abordagem vertical das práticas em saúde desenvolvidas na década de 1960, relacionadas aos programas de combate de doenças epidêmicas, bem como questionou também o modelo médico-hegemônico, o qual ainda se fazia presente e forte. Esse contexto resultou na realização da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a qual ocorreu na cidade que leva o nome do evento, no Cazaquistão. Essa conferência

tinha como objetivo central discutir e decidir sobre a APS, tendo a promoção e prevenção da saúde como fator primordial para o desenvolvimento econômico e passivização mundial. Conforme a OMS, a APS deveria ser o primeiro nível de acesso à saúde por parte da população e deveria abranger ações de promoção, prevenção, proteção da saúde. Assim, nesse evento, foi estabelecida a meta: Saúde para Todos no Ano 2000, com o objetivo de atingir a conciliação entre um patamar de saúde que possibilite o indivíduo viver socialmente bem, e economicamente produtivo. A APS defendida na Conferência de Alma-Ata parte de uma concepção abrangente, a qual se baseia

[...] em métodos e tecnologias apropriadas [...] cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação. Pressupõe assim a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, incluindo ‘praticantes tradicionais’ [...] e agentes de saúde [...] contrapondo-se ao elitismo médico [...] a APS representa o primeiro nível de contanto com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham [...] inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 579).

A APS, nesta concepção, deve ter interação com os demais níveis de saúde, ou seja, secundário e terciário. Todavia, as autoras destacam também que, em 1979, a fundação Rockefeller – com o apoio do BM, da Fundação Ford e várias agências internacionais – realizou reunião em que foi estabelecida a nova visão acerca da atenção primária, a qual seja: APS seletiva, com foco na contenção de doenças nos países subdesenvolvidos, como no Brasil. A trajetória da APS, no Brasil, data mais especificamente da década de 1970, contudo, em 1920, pode-se afirmar, em consonância com Giovanella e Mendonça (2008), eram executados serviços de saúde que já se referiam a APS, com ações de cunho curativo, porém individual e limitado, através dos CAPs e dos IAPs.

Entre as décadas de 1930 e 1940, ainda de acordo com Giovanella e Mendonça (2008), foram lançados, no Brasil, os centros de saúde, consubstanciados no Relatório Dawson, assim como foram criadas também as unidades do Serviço de Saúde Pública (SESP), essas instituições foram fomentadas com o suporte da Fundação Rockefeller, a qual prestava apoio à organização dos serviços de saúde a época. Contudo, segundo as autoras, os centros de saúde não prestavam assistência clínica à população carente, somente nos casos de doenças epidêmicas, ou seja, transmissíveis, como: malária, tuberculose, entre outras, cujo objetivo era a prevenção desses tipos de doenças. Desse modo,

[...] o SESP tinha por base a criação dos postos de saúde permanentes, contratação de sanitaristas em tempo integral, além da formação de uma equipe contendo laboratoristas, escriturários, médicos consultantes e visitantes. Propunha também uma organização dos serviços de forma regionalizada e hierarquizada que constituísse uma rede básica de serviços de saúde pública (CASTRO, 2009, p.38).

Todavia, o SESP concentrou nas regiões em desenvolvimento daquele momento, como no nordeste e norte. O que leva a compreender, assim, que a organização do sistema de saúde sempre esteve voltada para atender, principalmente, os interesses da lógica do capital, pois o indivíduo dotado de condições de saúde favoráveis torna-se mais produtivo.

As ações de caráter coletivo e preventivo que se fizeram presentes no modelo SESP foram influenciadas pela medicina preventiva, desenvolvida também nos Estados Unidos na década de 1940, sob o entendimento que a atenção primária deveria constituir-se como primeiro nível de acesso e cuidado à saúde, o que referenciou após a medicina comunitária, já mencionada, na década de 1960, também no país supracitado. Destaca-se que a prática dos serviços de saúde referenciadas nestes modelos de medicina foram altamente significativas para a constituição e o desenvolver da APS também nos países periféricos, como o Brasil.

Já a década de 1960, período da instauração da ditadura militar, foi marcada pela ampliação da privatização da saúde, o que ocasionou a desconstrução da saúde pública de viés sanitário. Na década de 1970, como já debatido neste trabalho, ocorreu a crise estrutural do capital e no Brasil aprofundou-se ainda mais a desigualdade social, de modo que, em consonância com Giovanella e Mendonça (2008), as questões de saúde tornaram mais precárias e instáveis.

A partir disso, foram implementadas no país ações de viés sanitário que iam de contra ponto à lógica da assistência médica privada, assim, foram executadas práticas de saúde consubstanciadas à medicina comunitária, as quais ganharam destaque no meio dos muros universitários, especificamente nas coordenações dos cursos de medicina. Isso foi altamente favorável para a expansão de debates e discussões acerca da APS no Brasil, além disso, nesta década, ou seja, 1970, aconteceu a Conferência de Alma-Ata, como já sinalizado.

Conforme Giovanella e Mendonça (2008), em 1982 foi criado o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), isso ocasionou a extensão dos serviços básicos de saúde e criou-se unidades de saúde de caráter municipal, com ampla abrangência, fazendo-se presente em boa parte dos municípios do Brasil. As unidades de saúde tinham como objetivo tornar a saúde acessível a todos os indivíduos, independentemente de contribuição previdenciária, todo esse contexto influenciou a Reforma Sanitária no Brasil, a qual foi significativa para a construção e

consolidação do SUS, a partir desse sistema a APS passou a ser vista de fato como importante e primordial para a atenção à saúde e para organizar o sistema de saúde em níveis de atenção.

É neste contexto que APS no Brasil, a qual também pode ser denominada, de acordo com a PNAB (2012), de Atenção Básica à Saúde, consolidou-se no país. A APS é caracterizada, sobretudo, como o primeiro nível de contato que a comunidade deve ter ao buscar atendimento de serviços de saúde, ou seja, é a porta de entrada para o acesso ao direito à saúde, ela envolve práticas de saúde direcionadas à promoção, prevenção e proteção à saúde. Destaca ainda a importância da participação da comunidade nas decisões referentes à organização e sistematização da saúde, o conhecimento acerca dos determinantes de saúde da comunidade atendida, isto é, da população adscrita. O principal papel da APS é organizar o sistema e coordenar o cuidado em saúde, visto que é um sistema de atenção à saúde que deve ser altamente acessível à população.

Outro aspecto importante que configura a APS numa concepção abrangente é o fato de que este nível de atenção à saúde é integrado a outros níveis do sistema, ou seja, a APS é conectada, interligada a práticas de saúde ofertadas nos níveis secundário e terciário. Percebe-se, assim, que a APS não deve ser interpretada como aquela que somente é destinada a população economicamente desfavorável e/ou pobre, ou seja, como “cesta básica” para a comunidade carente. Essa concepção é tida por muitos usuários, gestores do SUS, entre outros, pelo fato da mesma atender majoritariamente comunidades consideradas de baixa renda, bem como por não garantir o acesso dessa população aos demais níveis de atenção à saúde. Isso leva à interpretação e ao conceito da APS também como seletiva, focalizada e sem muita resolução.

Assim sendo, a APS, em consonância à concepção de Starfield (2002), pode ser definida como nível de atenção à saúde que oferta o primeiro contato ao sistema de saúde, oferece cuidado a todas as condições de saúde. Ainda conforme a autora, a APS coordena e/ou integra atenção à saúde que é prestada em outros níveis, os quais sejam: secundário e terciário, uma vez que para o acesso aos níveis mencionados, é necessário encaminhamento, referência da APS. Dessa forma, seu objetivo centra-se nos problemas de saúde mais comuns e rotineiros que atingem a população. Ainda segundo a autora supracitada, a APS oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação, com vistas à promoção à saúde.

Starfield (2002) indica atributos/componentes que determinam as práticas de saúde executadas em nível da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Conforme a autora, o primeiro contato representa a “porta” de entrada aos serviços de saúde, é o nível de saúde onde tudo começa, desse modo, a prática em saúde na

APS deve ser acessível à comunidade. A longitudinalidade corresponde à continuidade dos cuidados à saúde, a relação contínua e duradoura entre usuário/paciente dos serviços da APS enfatiza-se que essa relação não depende da existência de patologia.

A integralidade diz respeito ao fato de que, além de serviços de saúde acessíveis, exige-se que os mesmos atendam às necessidades da comunidade em sua totalidade, devendo-se partir do conhecimento real dos problemas de saúde da população, considerando também os aspectos sociais e psicológicos neste contexto. Já a coordenação é o componente fundamental da APS, visto que sem a mesma os demais atributos não são possíveis de serem executados em sua plenitude. Logo, a coordenação exige o reconhecimento de problemas de saúde da população anteriores e presentes, garantindo o acompanhamento progressivo, contínuo. Nesta direção, a PNAB (2012) conceitua a APS, ou seja, a Atenção Básica à Saúde como a que

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

Os princípios que regem a APS, no Brasil, segundo a PNAB (2012), são: a universalidade, a acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Esta política acentua práticas de saúde, por meio da equipe multiprofissional, sinalizadas para o cuidado, para a democracia e para a participação, de modo a abranger a comunidade e a família de territórios¹⁸ definidos, demarcados e de referência. Tais princípios partem da concepção da APS abrangente e não seletiva, haja vista a última centrar-se em combater e controlar determinadas doenças típicas de países subdesenvolvidos.

A APS à saúde é ofertada através das USF's, também denominadas de Unidades Básicas de Saúde, as quais se localizam próximo à comunidade, à família, ao indivíduo, pois se considera essencial estar perto do local onde os indivíduos interagem socialmente. O nível

¹⁸ A territorialidade ou adscrição dos usuários/pacientes diz respeito ao fato de que as USF's atendem e prestam serviços de saúde apenas para a comunidade que reside em área definida territorialmente. Logo, delimita-se geograficamente a área de atendimento de cada USF e os moradores são devidamente cadastrados pela unidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

de atenção à saúde secundário é prestado em centros de especialidades e o terciário em hospitais. A responsabilidade de garantir a APS é da administração municipal, assim, os governantes municipais possuem a competência de estruturar e organizar os serviços de saúde interligados à APS, neste caso, nas USF's.

As USF's representam de fato a porta de entrada preferencial da população ao sistema de saúde, dessa maneira, oferecem serviços de imunização, pré-natal, controle e acompanhamento de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, doenças epidêmicas, saúde do idoso, da mulher, da criança, saúde bucal, entre outros (CASTRO, 2009). Estas unidades devem conter em sua estrutura física: consultórios para atendimento do médico, do enfermeiro, do cirurgião-dentista; sala de vacinação e arquivo; gerência; recepção; sala de reuniões; farmácia, entre outros. Deve-se ter também colegiado representativo da comunidade, de modo a promover o controle social.

A equipe de profissionais que compõem as unidades é multiprofissional, suas ações devem ser consubstanciadas à promoção, à integralidade e à assistência resolutiva, no que tange à prestação dos serviços de saúde. Isso quer dizer que as ações da equipe de profissionais são referenciadas nos princípios que regem o SUS, já apresentados anteriormente neste trabalho.

Nesta direção, é nas USF's que a ESF consolida-se, visto que estas unidades são a porta de entrada e de atendimento por parte das equipes de saúde, da família, a população. Assim, destaca-se que a NOB/96 foi fundamental para o entendimento da saúde da família como estratégia, bem como para o fortalecimento da mesma, da APS e, conseqüentemente, do SUS. Ressalta-se que a ESF não deve ser descontextualizada dos outros níveis de atenção à saúde, uma vez que, segundo Bravo e Matos (2008), a APS tende a ser desempenhada de modo desarticulado dos níveis secundários e terciários, fato que ocorre devido à centralização dada a APS.

Além disso, acentua-se que a NOB/96 determinou a transferência de recursos financeiros, contemplando a APS, provenientes da esfera federal para os estados e municípios. Desse modo, foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável, o primeiro estabelece transferência per capita para atender/cobrir a APS nos municípios, conforme Giovanella e Mendonça (2008), é estabelecido um valor fixo por habitante ao ano; já o segundo, ainda de acordo com as autoras, constitui-se em recursos financeiros provenientes da adoção ou não a programas estratégicos pelos municípios, como: ESF, saúde bucal, controle e combate a endemias, entre outros.

No entanto, apesar de trazer melhorias para a distribuição dos recursos financeiros, a nova sistematização de recursos para a APS “[...] não leva em conta as desigualdades inter-regionais, seja no que se refere às necessidades de saúde, seja em relação à rede existente de serviços nas diferentes regiões” (ALMEIDA, 2003, p. 349).

A ESF adquiriu centralidade e respaldo, mediante o Ministério da Saúde, por ser considerada como tática de estruturar os sistemas de saúde na esfera do governo municipal, cujo objetivo encaminha-se à reorientação do modelo assistencial configurando, assim, nova performance e dinâmica à organização dos serviços e sistema de saúde (SCOREL et al., 2007). Assim, a ESF também apresenta-se como mecanismo e estratégia de ampliar, expandir, qualificar e consolidar a APS, com o objetivo de fortalecer e intensificar profundamente os princípios que a rege, tornando-a resolutiva e possível de atender as necessidades de saúde da população. Além disso, a ESF proporciona uma relação positiva no que tange custo-efetividade. É nesta direção que tal estratégia surgiu como caminho possível para a efetivação de um modo geral dos princípios do SUS.

Giovanella e Mendonça (2008) chamam atenção para a necessidade de considerar a ligação entre a prestação de serviços de saúde que são desenvolvidos na ESF e a população usuária desses serviços, como possibilidade de fortificar e revigorar a participação desses usuários nas decisões da área. Percebe-se que essa consideração é significativa, uma vez que o fomento a participação da comunidade junto às deliberações e providências tomadas nas USF’s direciona para o atendimento real das necessidades de saúde da população adscrita, bem como para consolidar e tornar efetivo o controle social.

A equipe de saúde da família é formada por médicos generalistas e/ou com especialidade em Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cirurgiões dentistas generalistas, auxiliares ou técnicos em saúde bucal, enfermeiros generalistas, e auxiliares ou técnicos de enfermagem (BRASIL, 2012). É necessário enfatizar que assim como o assistente social, o cirurgião dentista não compõe a equipe mínima de saúde da família priorizada pelo Ministério da Saúde, ficando assim também numa condição de apoio as equipes. Essas equipes desenvolvem respectivamente suas atividades, ou seja, trabalham a partir da demarcação de território, cadastramento e acompanhamento das famílias referenciadas.

Além disso, as equipes de saúde da família que atuam na ESF devem ser responsáveis pelo atendimento de, no máximo, quatro mil pessoas por equipe e, no mínimo, três mil. Para a definição desse quantitativo, deve-se considerar os aspectos sociais e econômicos, ou seja, o índice de vulnerabilidade socioeconômico em que a população atendida encontra-se, visto que

quanto maior o grau de vulnerabilidade da população, a equipe de saúde deverá atender o quantitativo mínimo estabelecido (BRASIL, 2012). Já com relação aos ACS, cada respectivo trabalhador deve atender, no máximo, setecentos e cinquenta pessoas e cada equipe de saúde da família deve contar com doze ACS (BRASIL, 2012).

Com o objetivo de ampliar o atendimento das necessidades de saúde da população usuária dos serviços do SUS, e de modernizar as normatizações que efetivam o sistema de saúde apontado, foi aprovada a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, tal documento abrange o Pacto pela Saúde, sob a responsabilidade da gestão federal, estadual e municipal. Esse pacto contempla três componentes, quais sejam: em Defesa do SUS, Gestão e Pacto pela Vida. Em se tratando especificamente do último, o mesmo trata sobre o compromisso assumido em relação a questões de viés sanitário, esse compromisso é apresentado nos objetivos do Pacto, os quais são provenientes de análises realizadas acerca das condições de saúde do Brasil, e das prioridades estabelecidas para a saúde, pelas três esferas do governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Assim, mediante o Pacto pela Vida, foram determinadas as seguintes prioridades: saúde do idoso; controlar o câncer do colo do útero e da mama; reduzir a mortalidade infantil e materna; fortalecer as respostas e as campanhas direcionadas a doenças epidêmicas, principalmente dengue, tuberculose, influenza e malária; promoção da saúde, destacando-se a Política Nacional de Promoção à Saúde; e o fortalecimento da APS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Destaca-se, ainda, que por meio do Pacto pela Vida, a ESF tornou-se prioritária, com o objetivo principal de fortalecer a APS, considerando para tanto as especificidades de cada território e região, de modo a executar práticas em saúde voltadas para a família e para a comunidade.

Por conseguinte, a APS é o principal nível de atenção à saúde, é considerada por meio do Ministério da Saúde e da PNAB (2012) a porta de entrada e acesso preferencial aos serviços de saúde do SUS, como já sinalizado. Estudos apontam as melhorias ocasionadas pela APS, principalmente ampliação do acesso à saúde, às práticas em saúde preventivas, entre outros (GOMES et al., 2011). Essas melhorias e benefícios provenientes da APS devem ser considerados, pois não deixam de ter sua importância no processo de democratização ao direito à saúde.

Todavia, sabe-se que muitos são os limites da APS, quais sejam: integrar de fatos os três níveis de atenção à saúde; melhorar a referência e contrarreferência entre os níveis; dimensionar melhor quantitativamente a equipe de saúde da família e a comunidade atendida, de modo a possibilitar a equipe prestar serviços de qualidade e integral, conhecendo e

reconhecendo as reais necessidades de saúde da população; incentivar a formação de médicos e enfermeiros generalistas; ampliar a educação permanente dos profissionais inseridos na APS. É necessário, ademais, desconstruir a caracterização focalizada da ESF, entendendo a estratégia como programa que deve ser articulado e integrado aos demais programas que são propostos na APS, assim como aos demais níveis de atenção à saúde. Além disso, é preciso efetivar a integralidade e a interdisciplinaridade das equipes de saúde da família, para atender a comunidade em sua totalidade no que tange às necessidades de saúde; desenvolver práticas para incentivar e promover a participação da população junto ao controle social na USF's; estender os serviços prestados nas unidades; melhorar as condições físicas e a gestão das mesmas, entre outros (GOMES et al., 2011).

Muitos aspectos da APS, no que diz respeito aos limites da mesma, alguns dos quais já apontados, precisam ser superados para que se possa efetivar a concepção da APS abrangente. Assim, o principal obstáculo “[...] estar na construção de um sistema integrado, que, respeitando a autonomia de gestão de cada município, consiga articular suas práticas em âmbito regional, visando garantir uma atenção de qualidade e a observância de boas práticas administrativas” (LAVRAS, 2011, p. 872). É mediante a compreensão dos limites e possibilidades da APS, que se é possível atender de modo real as necessidades de saúde da população. Para tanto, é preciso primordialmente superar a concepção da APS como pacote básico e que somente é destinada aos pobres.

Neste contexto, o assistente social é reconhecido como integrante que compõe os profissionais do campo da saúde. Logo, esse profissional também está inserido nos níveis de atenção à saúde, isto é, primário, secundário e terciário, especificamente na APS, ele não se insere diretamente na equipe de saúde da família, mas encontra-se numa posição de apoio a todas as equipes, como já apontado. Assim, no próximo item será feita uma análise acerca do Serviço Social na saúde.

2.3 Serviço Social e Saúde

A compreensão dos determinantes que particularizam a atuação profissional do assistente social na saúde na conjuntura atual implica, primeiramente, apreender de modo breve os fundamentos sócio-históricos do Serviço Social na saúde. Assim, destaca-se que a política social no Brasil, segundo Behring e Boschetti (2011), foi introduzida entre os anos de 1930 e 1943, período este concomitante à gênese da profissão, como já explicitado neste trabalho. No caso específico da política de saúde, de acordo com Bravo e Matos (2012), a

mesma foi consolidada entre o período de 1945 a 1964. Desse modo, enfatiza-se ainda que, inicialmente, o campo da saúde não foi uma das principais áreas de atuação do assistente social no país.

Conforme Bravo (2013), a atuação dos assistentes sociais neste espaço sócio-ocupacional foi se desenvolvendo também no Brasil, a partir do entendimento da saúde como expressão da “questão social”, e as ações destes profissionais foram chamadas de Serviço Social Médico. É a partir da década de 1945, que o Serviço Social expande-se de modo mais significativo no país, segundo Bravo e Matos (2012), isso ocorreu para atender as necessidades do capitalismo, em consequência do fim da Segunda Guerra Mundial. De acordo com os autores, é ainda neste cenário que o Serviço Social no campo da saúde se amplia, constituindo-se nos maiores campos sócio-ocupacionais dos assistentes sociais.

Neste campo, os profissionais tinham como competência, em consonância com Bravo (2013), perceber a circunstância social dos “clientes” e/ou “pacientes” e transferir aos médicos. A lógica de tratamento dos problemas, conforme a autora, pautava-se na personalização, individualização, tendo como objetivo a reintegração do indivíduo, o qual era culpado por sua situação. A autora chama atenção ainda para o fato de que os profissionais centravam-se em: hospitais de clínicas, hospitais e clínicas particulares, Dispensários de Tuberculose, na atuação médica da Previdência Social, entre outros.

Outro ponto importante, segundo Bravo e Matos (2012), diz respeito ao fato de que os assistentes sociais na saúde, especificamente entre as décadas de 1950 a 1960, foram poucos influenciados pela “medicina integral”, “medicina preventiva” e “medicina comunitária”, proposições da saúde proveniente dos Estados Unidos, de modo que a intervenção profissional não se consubstanciou a essas propostas.

O processo de Renovação do Serviço Social brasileiro também não influenciou a atuação profissional do assistente social inserido no campo da saúde, apesar de, especialmente, a vertente de intenção de ruptura (1970/1980) ser significativa e expressiva no seio da categoria profissional. Nesta direção, Bravo e Matos (2012) acentuam que esse processo de revisão interna da profissão aconteceu desvinculado de outros debates e discussões, como a Reforma Sanitária. Desse modo, os autores destacam também que os profissionais influenciados pela vertente da intenção de ruptura concentraram-se na sua maioria, nas Universidades, o que consequentemente ocasionou a parca influência dessa vertente para os assistentes sociais inseridos de modo direto nos serviços, como na saúde.

No entanto, é importante enfatizar que, ainda na década de 1980, algumas posturas pautadas no viés crítico, por parte dos assistentes sociais inseridos na areada saúde, foram

referenciadas e apresentadas no CBAS de 1985 e 1989 (BRAVO; MATOS, 2012). A década de 1990 foi marcada por poucas modificações com relação à intervenção profissional dos assistentes sociais inseridos na área da saúde. Porém, neste mesmo período, o PEPSS consolidou-se, conforme já apontando neste trabalho, e marca o processo de busca de ruptura com vertentes e perspectivas conservadoras, apesar dos desafios colocados pela ofensiva neoliberal intensificada também a partir da década de 1990, no Brasil, como já explicitado.

A propósito destas afirmações, outro aspecto que já foi assinalado neste estudo, mas que cabe ser ressaltado de forma mais detalhada também neste contexto, refere-se ao conceito ampliado de saúde. Essa concepção foi elaborada pela OMS, em 1948, e como já sinalizado, engloba os aspectos biopsicossociais à definição de saúde, de modo que não apenas a presença da doença deve ser vista como aspecto que interfere no processo saúde-doença, mas também é preciso considerar, neste contexto, conforme Nogueira e Miotto (2009), a interligação entre as relações sociais que são estabelecidas na sociedade capitalista e os determinantes de saúde relacionados ao espaço físico e ao meio social e cultural.

Destaca-se, ainda, a definição ampliada de saúde presente na CF de 1988, a qual inclusive é mais abrangente, visto que considera a saúde também enquanto resultado das condições econômicas, sociais e políticas do país. Assim, a concepção de saúde da CF de 1988, apreende em seu artigo 196 que a saúde “[...] é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2018, p. 82).

Logo, é fundamental apreender as condições de vida, os aspectos sociais, econômicos e culturais como fatores que possuem papéis centrais no processo saúde/doença, pois a saúde também é delineada pelo conjunto de consequências provenientes de tais determinantes. Desse modo, a ausência de condições dignas de moradia, de saneamento, de trabalho, de alimentação, de renda, de educação, a qualidade de vida, entre outros, definem ainda as necessidades de saúde. Isso quer dizer que o conceito ampliado de saúde compreende as necessidades de saúde imbricada à dimensão social, que tem como base especialmente: a democratização de acesso à atenção à saúde, a universalidade, a integralidade, a participação social mediante o controle social.

A concepção ampliada de saúde foi importante também para a requisição de demais profissionais nos espaços do setor saúde, para além da presença do médico, como: fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros, assistente social, entre outros, de modo que enfatiza-se a relevância do atendimento multiprofissional por parte dos profissionais

reconhecidos enquanto trabalhadores da saúde. Esse atendimento multiprofissional representa o trabalho coletivo em saúde e caracteriza também as práticas de saúde. Outro aspecto que cabe acentuar, neste contexto, diz respeito ao fato de que o campo da saúde nos dias atuais ainda se constitui num dos maiores espaços sócio-ocupacionais do Serviço Social.

Nesta direção, por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 218 de 06 de março de 1997, o Serviço Social passa a ser reconhecido legalmente como profissão integrante do campo da saúde, todavia, é preciso destacar que o assistente social não encontra-se somente inserido nos serviços de saúde, mas também atua nas diversas políticas sociais, como: educação, habitação, assistência social, entre outras.

No tocante à política de saúde, a inserção do assistente social nessa área deriva também da apreensão da saúde como direito social e enquanto direito de cidadania que, portanto, compete ao Estado a sua garantia. Essa apreensão leva a necessidade de explicar as particularidades que permeiam a atuação profissional do assistente social na área da saúde. Porém, corrobora-se com Matos (2013) quando este elucida que não existe uma forma de atuar ou conhecimento específico para cada espaço sócio-ocupacional em que se insere o assistente social, mas sim particularidades.

O assistente social inserido nos serviços de saúde tem como principal papel atender as necessidades sociais de saúde, tendo em vista que os aspectos sociais, como já sinalizado, estão relacionados com o conceito ampliado de saúde. Ou seja, viabiliza o acesso dos usuários aos serviços de saúde na perspectiva dos direitos sociais. Desse modo, a intervenção profissional do assistente social na saúde pauta-se na compreensão dos aspectos sociais, culturais e econômicos, com o objetivo de consubstanciar o conjunto de atividades conectadas à promoção, proteção e recuperação da saúde (CFESS, 1999). Para tanto, o assistente social, neste campo sócio-ocupacional, tem como norte para sua intervenção os Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde, elaborado pelo CFESS, especificamente em 2010. Neste contexto, é importante enfatizar que a intervenção profissional dos assistentes sociais é permeada por contradições no que diz respeito às condições objetivas de trabalho, tendo em vista que, no caso da saúde, o SUS vem sendo estrangulado pela Emenda Constitucional 95/2016, a qual trata sobre o congelamento dos investimentos em saúde e outros setores sociais durante vinte anos.

Costa (2009) afirma que a inclusão dos assistentes sociais nos processos de trabalho em saúde, considerando que esse trabalho efetiva-se na prestação de serviços para a comunidade, decorre do reconhecimento e legitimação social da profissão inserida no âmbito das relações sociais capitalistas, assim como é mediatizada pela conjuntura histórica que

atravessa a política de saúde pública brasileira. A partir dessa consideração, a autora chama atenção de que tal política na década de 1990 sofreu alterações, mediante a consolidação do SUS, o que requisitou novas formas de organizar o trabalho em saúde, perpassadas pela hierarquização por nível de complexidade, democratização e descentralização do sistema, o que, consequentemente, expressaram modificações nos processos de trabalho em saúde, e resultou na reorganização vertical e horizontal dos serviços de saúde. Porém, sabe-se que o SUS é pautado na contradição, visto que atende algumas necessidades de saúde, mas não ultrapassa as dificuldades de operacionalização existentes.

É neste sentido, ainda segundo Costa (2009), que se particulariza a atuação do assistente social na saúde, pois é a partir da precariedade da implantação concreta do SUS, ou seja, é mediante as falhas do sistema mencionado que se demanda a necessidade de intervenção desse profissional na saúde. Isto é,

[...] a objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde, [...] cumpre o papel particular de buscar *estabelecer o elo “perdido”, quebrado pela burocratização das ações*, tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e/ou setoriais (COSTA, 2009, p. 341, grifos do autor).

Essa objetivação acerca da particularidade da atuação do assistente social nos serviços de saúde compreende, segundo Matos (2013), na contemporaneidade, o fato de que o assistente social vem atuando também nos espaços de gestão, de planejamento e educação em saúde. Dessa forma, a atuação do assistente social inserido nos serviços de saúde, como é o caso dos profissionais que atuam nas USF's, está direcionada para o atendimento as demandas dos usuários pelos seguintes eixos, quais sejam “[...] ações de caráter emergencial assistencial, educação, informação e comunicação em saúde, planejamento e assessoria e mobilização e participação social” (COSTA, 2009, p. 315-316). Para a execução dessas atividades, o profissional faz uso de instrumentos como: entrevista, reuniões, visitas domiciliares, entre outros.

É importante acentuar que os eixos colocados por Costa (2009) assemelham-se aos processos apresentados por Mioto e Lima (2009), quais sejam: processos político-organizativos, processos de planejamento e gestão, e processos socioassistenciais. O primeiro, conforme as autoras, está relacionado a ações voltadas para mobilização social e assessoria; o segundo diz respeito à atuação profissional voltada para planejamento e gestão dos serviços, bem como para o desenvolvimento de atos direcionados à intersetorialidade, no tocante às

políticas sociais; e o último corresponde a ações diretas desenvolvidas com os usuários, através de suas demandas. Ainda conforme Miotto e Lima (2009, p.40),

Os processos aqui propostos são compreendidos como meios de subsidiar e dar legitimidade à formulação de agendas públicas propositivas que respondam as demandas/necessidades concretas dos usuários, bem como alimentar um processo de construção coletiva de reivindicação, afirmação e efetivação de Direitos.

Além disso, a particularidade da atuação do assistente social, no trabalho coletivo em saúde, está relacionada também à vinculação existente entre o PEPSS e o projeto da Reforma Sanitária. Essa relação acontece, tendo em vista que ambos os projetos partem da concepção de uma saúde pública, universal e de qualidade, no que tange à prestação dos serviços de saúde. Matos (2013) destaca em seus estudos que a vinculação de tais projetos também encontra-se no fato de que ambos apontam para uma nova ordem societária, ou seja, um projeto de sociedade para além do sistema capitalista.

Neste sentido, os princípios¹⁹ do Código de Ética do Serviço Social de 1993, que direciona o PEPSS os quais sejam: equidade, justiça social, ampliação da democracia a favor do acesso aos direitos sociais, como a saúde, entre outros; estão diretamente imbricados aos da Reforma Sanitária, que fazem presentes ainda no SUS, como: universalidade, integralidade, equidade, participação comunitária, entre outros. Como visto, tais projetos possuem valores e princípios em comum, articulados.

Esses princípios conectam-se e materializam-se no exercício profissional do assistente social na saúde, como nas USF's, na medida em que o mesmo atua na perspectiva da democratização, da equidade e da universalização ao acesso à saúde, por parte da população; assim como também da integralidade, apreendendo o usuário dos serviços numa visão de totalidade, considerando as variadas dimensões do processo saúde-doença, o que permite dar outro direcionamento à ação profissional; da intersetorialidade, articulando a política de saúde às demais políticas sociais, de modo a atender, assim, as necessidades sociais de saúde dos usuários, partindo da definição de saúde ampliada; da interdisciplinaridade, enfatizando o trabalho coletivo em saúde, visando superar a fragmentação do saber e o modelo médico-hegemônico ainda muito resistente; e da participação social, destacando o controle social.

¹⁹ Ressalta-se que os princípios do PEPSS e da Reforma Sanitária já foram sinalizados de modo mais detalhado anteriormente neste estudo.

Porém, as dificuldades especificamente do SUS, resultantes do contexto neoliberal, dificultam a atuação do assistente social nas USF's, visto que o Estado garante no que se refere à saúde, o mínimo à comunidade vulnerável social e economicamente através do pacote básico, ofertado principalmente pela APS, e fortalece o setor privado, o qual somente tem acesso à população, que pode arcar financeiramente com tais serviços (BRAVO, 2009).

A propósito destas afirmações, em fase desse cenário desafiante que se encontra a política de saúde, o qual ocasiona rebatimentos nos serviços de saúde e, conseqüentemente, na particularidade da atuação do assistente social inserido neste espaço, como nas USF's, apreende-se a necessidade de que as intervenções desses profissionais sejam refletidas, de modo a ressaltar a materialização do PEPSS e do projeto da Reforma Sanitária, uma vez que cada ação profissional pode gerar uma nova produção da realidade.

A compreensão acerca da trajetória sócio-histórica do Serviço Social na saúde e da sua particularidade na contemporaneidade torna possível analisar os determinantes, que caracterizam os desafios e as possibilidades presentes na atuação do assistente social na saúde, especialmente nas USF's, correlacionada à concretude do PEPSS.

Portanto, no III capítulo deste estudo, a seguir, será realizada reflexão detalhada sobre a atuação do assistente social na APS, especificamente dos profissionais que atuam no município de Aracaju/SE, e os desafios para a materialização do PEPSS.

Capítulo III- ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A MATERIALIZAÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL

Este capítulo foi elaborado tendo como base as discussões teóricas realizadas sobre a construção do posicionamento político-ideológico da profissão, o qual parte de perspectivas críticas, a favor da classe trabalhadora; e acerca da política de saúde e o Serviço Social no contexto contemporâneo, haja vista que a saúde circunscreve a área da pesquisa. O capítulo tem por objetivo realizar análise do objeto de estudo da presente pesquisa, qual seja: a atuação do assistente social, especialmente dos profissionais inseridos nas USF's de Aracaju/SE, e os desafios/implicações para a materialização do Projeto Ético-Político Profissional.

Assim, primeiramente realizou-se de modo breve apontamentos sobre o município de Aracaju/SE, enfatizando principalmente aspectos que caracterizam a saúde, de modo mais específico, a APS nesse município. Em seguida, foi elaborada uma breve caracterização do perfil dos assistentes sociais inseridos na APS no já mencionado município, visto que tal reflexão também é fundamental para compreender a concretude do projeto profissional na atualidade. Para finalizar o capítulo, foi realizada análise dos dados, e então, a partir dos mesmos, foi possível analisar como vem ocorrendo a materialização do PEPSS na saúde, especialmente na APS na cidade em que foi realizada a pesquisa.

3.1 O lócus da pesquisa: contextualizando a Atenção Primária à Saúde no município de Aracaju/SE

O município de Aracaju fica localizado na região nordeste do Brasil, é capital do Estado de Sergipe e este localiza-se na região costa centro-leste, abrange área de 181, 857 km². Tem hidrografia constituída pelas bacias dos seguintes rios: Vaza Barris, Sergipe, e também Rio Poxim, Rio Pitanga e Rio do Sal (MENDONÇA; SILVA, 2009).

Ainda segundo Mendonça e Silva (2009), foi por meio da Resolução nº 413 de 17 de março de 1855 que o povoado de Santo Antônio do Aracaju elevou-se à esfera de cidade, neste mesmo período, de acordo com os autores mencionados, tornou-se capital da Província, até então a capital era São Cristóvão.

Quanto ao panorama econômico de Aracaju/SE, conforme Mendonça e Silva (2009), acentua-se principalmente as indústrias: extrativista, de construção civil e de transformação. Até o ano de 2016, Aracaju/SE tinha setenta e sete empresas industriais ativas (ARACAJU,

2016), destaca-se que essas informações também estão consubstanciadas no Censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010. Mendonça e Silva (2009) destacam que as principais vias utilizadas para a rotatividade econômica são as rodovias: BR- 101 e BR-235. Além disso, enfatizam que, por ser uma cidade com grande potencial econômico, que possui recursos e infraestrutura, o município dispõe de diversificadas possibilidades de investimentos econômicos.

Ainda no que tange ao cenário econômico de Aracaju/SE, Mendonça e Silva (2009) também destacam que o mesmo foi marcado inicialmente pelas seguintes atividades econômicas: comércio, gás natural, serviços, extração de petróleo e indústria. Nos dias atuais, ganham destaque: os serviços representando 79,8% e a indústria 20,1%, além do turismo.

De acordo com informações baseadas no último Censo Demográfico do IBGE, de 2010, a população de Aracaju era de 571. 149, com estimativa para 2016 de 641. 523, o que representa 28% da população de Sergipe. A partir desta estimativa, considera-se que 414.000 indivíduos sejam cobertos pela ESF (SARGSUS, 2017). Desta população, 265.484 são homens e 305.665 mulheres, estes dados são importantes, pois tal informação pode refletir também nos determinantes que particularizam a saúde do município (SARGSUS, 2017). Acentua-se que, conforme a última estimativa populacional divulgada pelo IBGE, em 2016, a população de Aracaju/SE para 2017 é estimada em 650.106 indivíduos.

A população aracajuana é majoritariamente formada por indivíduos pardos e brancos, em idade adulta, mais especificamente na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, além disso, é existente a tendência de envelhecimento da população de Aracaju/SE, nas duas décadas seguintes (SARGSUS, 2017). Isso quer dizer que a APS no município precisa se reestruturar para atender as necessidades de saúde da população que será mais envelhecida, visto que a APS tem como objetivo principal, como já apontado neste estudo, a promoção, a prevenção e a proteção à saúde.

Ademais, a expectativa de vida dos aracajuanos é de apenas 74.3 anos, já a taxa de analfabetismo da população a partir de 15 anos é de 6.6, índice considerado alto (ARACAJU, 2016). A questão da alta taxa de analfabetismo também repercute nas características que marcam a saúde no município, tendo em vista que uma população com alto índice de analfabetismo pode não compreender os elementos que consubstanciam a educação em saúde, atividade essa que deve ser difundida nos principais centros de saúde da cidade de caráter público, pelos profissionais da saúde, a exemplo do assistente social.

Com relação à taxa de morbimortalidade, as principais causas de mortes da população de Aracaju/SE, no ano de 2016, foram: primeiramente, as doenças do aparelho respiratório, de

modo mais específico as patologias cerebrovasculares, com 21,8%, que acometeram indivíduos com a faixa etária entre 30 e 69; segundo as causas externas, representaram 18,4%; e terceiro, as neoplasias, com 16,8% (SARGSUS, 2017).

As principais causas que levam os aracajuanos ao internamento hospitalar, não considerando os internamentos pertinentes à gravidez, são as doenças respiratórias, especialmente pneumonia, manifestando-se mais nas crianças e idosos, além disso, acentua-se ainda: patologia do aparelho digestivo, circulatório, causas externas e respiratório (SARGSUS, 2017). Esse dado demonstra que a APS deve ser desenvolvida de forma mais efetiva no município, pois se as ações de promoção, proteção e prevenção à saúde são eficazes, consequentemente, o índice de internamentos torna-se menor.

Outro ponto importante diz respeito às redes assistenciais que ofertam serviços de saúde através do SUS à população de Aracaju/SE, sob gestão da prefeitura. Assim, o mencionado município conta com a seguinte estrutura assistencial de saúde: 44 USF's; 6 Centros de Atenção Psicossocial-CAPS; 2 Centros de Especialidades Médicas-CEMAR; 1 Centro de Especialidade Médica da Criança e do Adolescente-CEMCA; 1 Centro de Especialidades Odontológicas-CEO; 1 Centro de Zoonoses; 1 Centro de Referência do Trabalhador-CEREST; 1 Centro de Especialização em Reabilitação-CER; e 2 Unidades de Pronto Socorro Geral, distribuídos, respectivamente, na zona sul e zonal norte da cidade. O município tem 8 regiões de saúde, a partir das quais estão distribuídas as USF's. Conta ainda também com o Consultório na Rua (CnR), cujo objetivo é atender, principalmente, a população em situação de rua. Além das necessidades de saúde ser atendidas por meio dos estabelecimentos mencionados, o município conta ainda com a rede hospitalar, sob gestão do Estado de Sergipe, que é composta pelo Hospital de Urgência de Sergipe -HUSE; pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU; e pela Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (SARGSUS, 2017).

As instituições filantrópicas ou privadas que atendem usuários do SUS em Aracaju/SE, por meio de prestações de serviços de saúde, estão: o Hospital Cirurgia; o Hospital Santa Izabel, essa unidade hospitalar presta principalmente assistência a gestantes e neonatos, assim direciona-se de modo especial para cirurgia geral e assistência pediátrica; o Hospital São José e o Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (SARGSUS, 2017).

Nesta direção, a APS, na cidade de Aracaju/SE, encontra-se estruturada na ESF a qual apresenta uma cobertura de 70,44%, ao considerar a população aracajuana, assim, até dezembro de 2016, o município totalizou 120 equipes de saúde da família e 75 equipes de

saúde bucal, quadro distribuído nas 44 USF's da cidade (SARGSUS, 2017). Os profissionais que atuam nas USF's são especialmente: assistentes sociais; enfermeiros; técnicos de enfermagem; farmacêuticos; ACS e médicos, incluindo algumas especialidades como: psiquiatra, ginecologista e pediatra (SARGSUS, 2017).

Com o objetivo de melhorar e aperfeiçoar a prestação dos serviços de saúde a partir da ESF, a população usuária do SUS foi implementado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Desse modo, em 2013, foi efetivada de fato as equipes do NASF em Aracaju/SE, seu propósito é prestar apoio, no que diz respeito à execução de atividades em saúde nos territórios; aos profissionais das USF's, dessa maneira, atuam de modo interdisciplinar e multidisciplinar às equipes que compõem a ESF (SARGSUS, 2017).

É importante destacar que, segundo Tavares (2009), as discussões acerca do PSF, atualmente ESF, iniciaram em Aracaju/SE por volta de 1994, mas sua implementação de fato somente aconteceu em 1998. Ainda conforme a autora mencionada, neste processo, os assistentes sociais da Secretaria Municipal de Saúde, motivados com a ESF, mas que não estabelecia esse profissional como partícipe da equipe de saúde, prepararam o evento intitulado: “Reordenando a Prática dos Assistentes Sociais”, também de acordo com Tavares (2009), a organização deste fórum, que aconteceu em 1997, tinha como objetivo estruturar a participação desses profissionais na ESF de alguma forma. Desse modo, ainda consoante a autora supracitada, a realização deste evento e os debates decorrentes da V Conferência Municipal de Saúde, também ocorrida em 1997, foram fundamentais para que os assistentes sociais pudessem fazer parte da ESF nas USF's de Aracaju/SE, em 1998, os quais permanecem nos dias atuais. Porém, é importante destacar que o assistente social não faz parte da equipe mínima da saúde da família, ficando numa condição de apoio às equipes.

Logo, a partir desta estrutura de serviços de saúde ofertados por instituições vinculadas à gestão municipal de Aracaju/SE, enfatiza-se que os desafios para a implementação da APS efetiva é uma luta constante, tendo em vista que esse nível de atenção à saúde é operacionalizado mediante muitas dificuldades, seja de ordem financeira, de falta de recursos humanos, entre outros, o que tende a caracterizar a saúde também enquanto expressão da “questão social”.

3.2 A intervenção profissional do assistente social no âmbito das relações sociais

A compreensão acerca do objeto de estudo deste trabalho exige a realização de análise sobre a intervenção do assistente social no contexto das relações sociais capitalistas. Visto que

é preciso entender o Serviço Social “[...] como um dos elementos que participa da reprodução das relações de classes e do relacionamento contraditório entre elas” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p.77). Essa perspectiva situa o Serviço Social inserido na conjuntura sócio-histórica, pois a intervenção do assistente social não deve ser considerada e apreendida de forma descontextualizada dos determinantes sociais e econômicos que particularizam a sociedade capitalista. Isso quer dizer que o contexto social, o qual na contemporaneidade encontra-se consolidado na conjuntura neoliberal, infere de forma direta nos limites e possibilidades que permeiam a atuação profissional do assistente social e, consequentemente, na materialização do PEPSS.

Assim, torna-se indispensável apreender o significado social da profissão na sociedade capitalista, sendo necessário, para tanto, refletir a respeito do Serviço Social a partir da relação antagônica entre capital e trabalho, bem como compreender a profissão enquanto atividade também socialmente determinada pelas circunstâncias sociais objetivas, as quais proporcionam e contribuem ainda para uma direção à profissão, que se encontra inserida no contexto da sociedade capitalista e de projetos societários. Logo, o significado social da profissão está no seu caráter contraditório, atende os interesses do capital, mas também os da classe trabalhadora. O que leva a apreender que a atuação do assistente social é atravessada por tais interesses na conjuntura das relações sociais capitalistas, ou seja,

Reproduz também, pela mesma atividade, interesses contrapostos que convivem em tensão [...] *Participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da resposta às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses sociais* [...] A partir dessa compreensão é que se pode estabelecer uma *estratégia profissional* e política, para fortalecer as metas do capital ou do trabalho [...] É isto, inclusive, que viabiliza a possibilidade de o profissional colocar-se no horizonte dos interesses das classes trabalhadoras (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 81-82, grifos do autor).

A compreensão desse movimento contraditório, em que o Serviço Social e, consequentemente, a atuação do assistente social encontra-se inserido, mostra-se como possibilidade para o profissional pôr-se a favor da classe trabalhadora e, por conseguinte, a materialização do PEPSS, o qual é uma direção do fazer profissional, criando caminho que leva à transformação da sociedade capitalista, apontando meios de contribuir para o empoderamento da classe mencionada. Neste sentido, conforme Iamamoto (2007a), a profissão não reproduz monoliticamente os interesses do capital.

O fato de ressaltar a vinculação existente entre a profissão e a conjuntura social e histórica, é estratégico para refletir acerca do PEPSS e da sua materialização nos tempos atuais, pois tal processo implica em encadear “[...] a) [...] as condições macro-societárias que tecem o terreno sócio-histórico em que se exerce a profissão [...] b) [...] as respostas de caráter ético-político e técnico-operativo—apoiadas em fundamentos teóricos e metodológicos – de parte dos agentes profissionais a esse contexto [...]” (IAMAMOTO, 2009a, p. 171). O conhecimento sobre o contexto social no qual o assistente social está inserido interfere na atuação do mesmo, no que tange às respostas profissionais e o enfrentamento perante os limites institucionais, e de modo decorrente, na efetivação do PEPSS, porquanto traz como impacto fundamental a possibilidade de ruptura com o viés conservador na conjuntura atual permeada pela conjuntura neoliberal.

Outro aspecto que está relacionado à apreensão do Serviço Social e à atuação profissional no contexto das relações sociais capitalista diz respeito ao fato, segundo Iamamoto e Carvalho (2014), de que é inviável refletir acerca da profissão nessa conjuntura como independente dos ditames vinculados às organizações institucionais. Assim, é necessário analisar a atuação do assistente social imbricada ao contexto das relações sociais, tendo em vista que os efeitos sociais da ação não são resultantes somente da sua intervenção profissional, mas é reflexo também da relação do assistente social com o usuário, com os outros profissionais e com a instituição na qual se encontra vinculado.

Esta análise crítica leva à necessidade de destacar outros pontos que abrangem a intervenção do assistente social na conjuntura das relações sociais como o objeto de atuação do profissional, o qual é a “questão social” em suas diversas expressões, sendo a mesma, conforme Iamamoto (2007a), um dos polos centrais da formação e intervenção profissional. Essa autora coloca, ainda, que, perante a atuação do assistente social no âmbito das relações sociais, esse profissional detém um saber especializado que singulariza sua ação, o que é considerado instrumento primordial para o desenvolvimento de sua intervenção.

O Serviço Social é uma profissão liberal, porém o assistente social não atua de forma liberal, isto é, não possui todos os meios necessários para desenvolver suas ações profissionais. O profissional é dependente dos investimentos financeiros, humanos, materiais, técnicos que são disponibilizados pela instituição em que o assistente social mantém vínculo empregatício (IAMAMOTO, 2007a). A supracitada autora afirma que a jornada de trabalho, a remuneração e os indivíduos de direitos que poderão ser atendidos pelo assistente social também não são determinados e estabelecidos pelo profissional, ou seja, a instituição tem poder de determinar as condições e as relações nas quais o profissional atua, o que solidifica o

seu caráter de não profissional liberal, de fato e interfere ainda nos efeitos obtidos no que condiz às ações e projetos elaborados.

A profissão é socialmente necessária pelo motivo de intervir nas mais diversas expressões da “questão social”, as quais estão imbricadas a situações que envolvem a manutenção da vida, ou seja, a subsistência social, econômica e cultural, principalmente da classe trabalhadora (IAMAMOTO, 2007a). Outro ponto abordado pela autora refere-se ao fato do assistente social inserir-se em processos de trabalho, que se concretiza no contexto das relações sociais capitalistas.

Esses aspectos são cruciais para entender e analisar o objeto de estudo deste trabalho, nos itens a seguir, pois tal análise leva à apreensão do mesmo a partir da perspectiva de totalidade, compreendendo a atuação do assistente social no contexto coletivo, que abarcam as relações sociais vigentes.

3.3- A atuação dos assistentes sociais na Atenção Primária à Saúde em Aracaju/SE: limites e possibilidades para a materialização do Projeto Ético-Político do Serviço Social

Neste item será traçado o perfil dos assistentes sociais que atuam nas USF's de Aracaju/SE, pois tal caracterização é também fundamental para a compreensão de elementos que singularizam o Serviço Social na realidade, em seguida será realizada a análise dos dados obtidos mediante a realização das entrevistas, com o objetivo de analisar como vem ocorrendo a materialização do PEPSS na saúde, na atenção primária, no município de Aracaju/SE, e de modo mais específico, mapear as demandas e as respostas dos assistentes sociais inseridos nas USF's; identificar as condições objetivas nas quais ocorrem a intervenção desses profissionais; e conhecer a articulação entre a atuação dos mesmos e a materialização do PEPSS.

3.3.1 Perfil dos assistentes sociais da Atenção Primária à Saúde em Aracaju/SE

A caracterização do perfil profissional tem papel central neste trabalho, porque também faz parte da compreensão do objeto de estudo do mesmo numa perspectiva de totalidade. Com efeito, os assistentes sociais da APS de Aracaju/SE serão situados em suas respectivas singularidades, sendo possível apreender os determinantes da atuação destes profissionais consubstanciada ao PEPSS.

De antemão, enfatiza-se que será garantido o respeito aos princípios éticos acerca de pesquisas que envolvem seres humanos, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e na Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Desse modo, será resguardada a identidade dos participantes deste estudo, preservando o anonimato dos mesmos. O total de sujeitos envolvidos na pesquisa contabiliza 8 (oito) indivíduos, os quais serão chamados por nomes fictícios.

No que concerne ao sexo dos sujeitos da pesquisa, todos os entrevistados são do sexo feminino, o que reafirma e confirma a tendência histórica no Serviço Social da predominância feminina no seio da categoria profissional. Essa constatação corrobora ainda com os dados da pesquisa feita pelo CFESS, denominada: Assistentes Sociais no Brasil, realizada em 2005, acerca do perfil dos assistentes sociais em âmbito nacional, nesta também foi constatada a preeminência feminina na profissão, revelando que apenas 3% representa o percentual masculino do conjunto dos assistentes sociais no Brasil.

Esse aspecto implica de forma incisiva na questão da subalternidade da profissão em relação às demais profissões e profissionais, visto que,

[...] entre outros elementos, compõe-se aí o quadro, preenche de dilemas, de afirmação sócio-profissional de atores neste mesmo âmbito (sócio-profissional) profundamente marginalizados. Em tal afirmação, a ruptura com o regime do voluntariado não equivaleu à ruptura com a subalternidade técnica (e social) a que se destinava e alocava a força de trabalho feminina (NETTO, 1992, p. 88).

Sobre esse aspecto, Montañó (2009) chama atenção para o fato de que o Serviço Social por ser uma profissão demasiadamente composta por mulheres, ao enfatizar o dever que a mulher tem numa sociedade patriarcal, tem neste sentido também elemento de subalternidade. Como saída para esse elemento da subalternidade da profissão, atrelada à questão de gênero, Iamamoto (2007a) destaca a necessidade de ampliar e efetivar o perfil político da profissão em sua dimensão político-cultural, dando ênfase a um Serviço Social propositivo, iniciativo e protagonista do fazer profissional, por parte dos profissionais.

Sobre a idade das entrevistadas, 25% possuem de 30 a 40 anos; 37,5% de 41 a 51 anos; e 37,5% de 52 a 62 anos. Isso mostra que prevaleceram as últimas faixas etárias, ao considerar este resultado referente à faixa etária das entrevistadas, parte-se do mesmo questionamento feito por Castro (2009), qual seja: este resultado revela a não realização de novos concursos públicos e, conseqüentemente, a não admissão de novos assistentes sociais? O que também representa de modo decorrente de tal fato dificuldades de absorvência desses

profissionais no mercado de trabalho e ampliação do exército industrial de reserva dos mesmos. Outro aspecto diz respeito à situação conjugal, 75% das assistentes sociais entrevistadas são casadas; 12,5% são viúvas; e 12,5% solteiras. Constatou-se, ainda, que 62,5% possuem filhos e 37,5% não possuem.

Verificou-se, no tocante ao ano de formação das participantes da pesquisa, os seguintes dados: 37,5% formaram-se entre os anos de 1980 a 1985; 12,5% entre 1986 a 1990; 12,5% entre 1991 a 1995; 12,5% entre 1996 a 1998; e 25% entre 2003 a 2006. Como é possível perceber, uma parte considerável das profissionais entrevistadas concluíram a graduação entre 1980 a 1985, cujo percentual representa 37,5%, período este, como já apontado neste trabalho, marcado pelo processo de redemocratização do país, em fase ao exaurimento da ditadura e pela busca do Serviço Social de deixar de lado a neutralidade, colocando-se a favor da classe trabalhadora. Ademais, além do percentual apontado, também 25% das profissionais formaram-se no currículo de Serviço Social de 1982 (profissionais que se formaram entre 1986 a 1995), o qual já possuía um viés crítico, mesmo que incipiente e com limitações, as quais já foram mencionadas anteriormente neste estudo. Assim, pode-se afirmar que as sujeitas da pesquisa inseridas nestas porcentagens possuíram proximidade com a perspectiva crítica, já expressa de forma embrionária no currículo mencionado, como confirma Iamamoto (2014, p. 64, grifos do autor):

As atuais diretrizes curriculares [...] têm no *currículo mínimo aprovado pelo MEC em 1982*, seu antecedente mais importante. Este foi proposto pela Abess em 1979, em pleno período ditatorial, incorporando alguns avanços do movimento de reconceituação latino-americano. O currículo mínimo expressa um processo de transição, parte da resistência acadêmica e política tanto à ditadura militar implantada no país (1964-85) quanto ao Social Work, em sua difundida trilogia, composta por Serviço Social de caso, de grupo e de comunidade.

Ademais, tal análise pode ser observada na seguinte fala:

Eu não sou do currículo atual, sou do currículo de 1982, mas a gente pegava assim muita discussão, já que estava na iminência, e as professoras tinham que colocar em sala de aula. E no currículo de 1982 a metodologia tinha um papel central, talvez até mais do que esse viés assim mais político, e que se define principalmente a partir de 1993, com o Código de Ética, né? Porém, nem por isso a gente deixou de ter uma formação com algum viés crítico, digamos, até porque naquele período esse viés estava em sua fase inicial (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Observa-se, também, que outra parcela representativa de 12,5% (1996/1998) e 25% (2003/2006), das profissionais, foram formadas no período de reformulação e consolidação das Diretrizes Curriculares de 1996, a qual é vigente nos tempos atuais e fortalece o posicionamento ético-político da profissão no tocante à formação profissional, como já aludido em momento anterior neste estudo, frente à contrarreforma do Estado pautada na lógica neoliberal.

O fato de a maioria das entrevistadas concluírem a graduação a data das décadas de 1980 e 1990, e de modo específico com representação menor uma parte entre 1996 a 2006, considerando o currículo mínimo vigente naquele momento, qual seja, o de 1982 e suas limitações e o dos dias atuais, isto é, as Diretrizes Curriculares de 1996, é importante para a compreensão do PEPSS por parte das profissionais, o que de modo consequente pode ou não transmitir discernimento nas respostas apresentadas pelas entrevistadas.

Compreendendo os dados e a análise realizada acerca do ano de formação e a sua importância para o quesito apreensão sobre o PEPSS a partir das participantes da pesquisa, é relevante ainda enfatizar e demonstrar de forma nítida e clara o tempo de formação das mesmas. Assim sendo, 25% possuem de 10 a 15 anos de formadas; 12,5%, de 16 a 20 anos de formadas; 25%, de 25 a 30 anos de formadas; e 37,5%, de 31 a 35 anos de formadas. Essa observação reafirma o fato de que maioria das profissionais da pesquisa formaram-se a partir da década de 1980 e 1990, momento histórico, de construção e consolidação do PEPSS. Em vista disso, “[...] o questionamento de preconceitos e a afirmação de valores sociocêntricos e emancipatórios marcam as conquistas do final dos anos 80 e início de 90” (GUERRA, 2009b, p. 9). Ademais, como também já aludido neste trabalho, em 1979 aconteceu o Congresso da Virada, o que foi significativo e propulsor para o posicionamento crítico e o reconhecimento da dimensão política do fazer profissional do assistente social, resultando na consolidação do PEPSS na década de 1990.

No que diz respeito à instituição de formação em que as entrevistadas cursaram a graduação, observou-se, em sua maioria, que 87,5% delas formaram-se em instituição pública federal e somente 12,5% em universidades privadas. Quanto à modalidade do curso, todas as entrevistadas fizeram graduação presencial.

Embora todas as participantes da pesquisa tenham finalizado o curso na modalidade de ensino presencial, como visto no capítulo I deste trabalho, a modalidade de ensino do Serviço Social EAD tem se expandido²⁰.

Em relação à remuneração, todas as assistentes sociais entrevistadas que atuam na APS em Aracaju/SE ganham acima de 3,7 salários mínimos²¹-SM (acima de R\$ 3.500,00), sendo perceptível que estas profissionais também recebem valor que perpassa o mínimo necessário para a sobrevivência, ao analisar pesquisa realizada pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos –DIESSE, a qual considerou que entre os meses de setembro a dezembro de 2017 o valor médio da cesta básica de alimentos foi de 3.684,79.

Evidencia-se, ainda, que os dados encontrados acerca da renda mensal das assistentes sociais participantes da pesquisa têm proximidade com os dados analisados pelo CFESS, em 2005, visto que no quadro nacional pertinente à referência salarial na área de Serviço Social, prevaleceu em primeiro lugar a faixa de 4 a 6 SM, e as assistentes sociais que atuam na APS, em Aracaju/SE, como já apontando, recebem acima de 3,7 SM.

Outro elemento importante e que deve ser analisado remete ao tempo de trabalho como assistente social. Assim, ao considerar este aspecto acerca das profissionais entrevistadas, obteve-se os seguintes dados: 12,5%, de 6 a 9 anos; 12,5%, de 10 a 15 anos; 25%, de 16 a 20 anos; 12,5%, de 25 a 30 anos; e 37,5%, de 31 a 32 anos. Como é possível observar, a maioria das assistentes sociais entrevistadas vem atuando na área de Serviço Social há um tempo relativamente expressivo, o que demonstra ainda um considerável período de conhecimento adquirido com as experiências vivenciadas a partir da profissão.

Esse dado relacionado ao tempo de serviço na instituição é importante para a produção de vínculos entre o profissional e os usuários dos serviços prestados. Assim, as assistentes sociais participantes da presente pesquisa possuem o seguinte tempo de trabalho na instituição: 12,5%, de 6 a 9 anos; 12,5%, de 16 a 26 anos; e 75%, de 10 a 15 anos. A relação existente entre o tempo de atuação como assistente social e o período de trabalho desse profissional na instituição na qual se encontra vinculado, segundo Castro (2009), pode gerar

²⁰ Sobre a expansão do EAD destaca-se “[...] no nível da formação acadêmico-profissional existem, em agosto de 2011, 358 cursos de graduação autorizados pelo MEC, dos quais dezoito de ensino a distância (EAD), que ofertam, no mesmo ano, 68.742 vagas. Na modalidade presencial, os 340 cursos ofertam, em 2011, 39.290 vagas” [...] (IAMAMOTO, 2014, p. 612). O referido cenário de expansão da modalidade EAD é definido como perverso, que traz sérias consequências para o processo de formação na contemporaneidade, como o prejudicar do ensino crítico e propositivo, uma vez que o ensino dotado destes aspectos é fundamental para o desenvolver da sociedade de forma emancipatória.

²¹ Durante a realização da coleta de dados da presente pesquisa, a qual foi realizada no ano de 2017, o valor determinado do salário mínimo era R\$ 937,00 (novecentos e trinta e sete reais).

consequências oportunas também para formação de conhecimento singular acerca da população que atende.

É relevante enfatizar que esse processo de fortalecimento de vínculos apontado entre o assistente social e os usuários que atendem, enfrentam alguns limites, visto que a atuação deste profissional também está relacionada à conjuntura societária e aos ditames socioinstitucionais. Um obstáculo presente na APS do município de Aracaju/SE, que se encontra imbricada a essa relação, e vem sendo enfrentado pelas assistentes sociais entrevistadas, diz respeito ao quantitativo de assistente social que atua nas USF's, uma vez que nas mesmas faz-se presente apenas um profissional desta área, limitando a atuação do mesmo e o estabelecer de vínculos. Tal percepção é evidenciada nos depoimentos:

Eu estabeleço vínculo com a família e com pessoas que já conheço, que só vive aqui né, mas a gente precisa enfrentar muitos limites, até porque é um só assistente social para não sei quantas mil pessoas aqui né [...] (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Digamos, são 30 agentes, cada agente trabalha numa faixa de 200 famílias, vamos colocar aí, 200x30 famílias, aí cada família tem seus componentes familiares. Então, não, a gente só consegue atender e produzir maior vínculo com aqueles que têm maiores problemas, porque são muitas famílias, demandas e um único assistente social (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Aqui e em todas as unidades de saúde do município é uma assistente social por unidade. Cada equipe tem em torno de 3500 famílias [...] eu não consigo conhecer todas as famílias que fazem parte do território de atendimento desta unidade, porque é grande, não consigo conhecer. Às vezes nem as que preciso priorizar para conhecer, eu não consigo como, por exemplo, esse caso que está aí me aguardando, que eu ainda não conheci a família e é uma questão de prioridade devido à situação de vulnerabilidade da família. Produzir vínculo sendo uma assistente social só para toda a unidade é difícil, neste sentido, sim (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Sobre a carga horária das assistentes sociais entrevistadas, foi possível perceber que 12,5% das profissionais atuam 30 horas semanais, e 87,5%, 40 horas semanais. Desse modo, como se observa, ainda não existe um parâmetro regular no que se refere à carga horária destas profissionais, apesar de todas estarem submetidas hierarquicamente à Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/SE.

Essa constatação demonstra a predominância de profissionais que não estão regidas nos dias atuais pela Lei nº 12.317 de 26 de agosto de 2010, a qual complementa a Lei de Regulamentação da profissão (Lei nº 8662/1993), acerca da carga horária semanal do

assistente social, estabelecendo que a mesma deve ser de 30 horas semanais. Isso quer dizer que o acréscimo desse dispositivo por meio da Lei nº 12.317/2010 garante a adequação da carga horária, ou seja, da jornada de trabalho, sendo vedada a redução de salários.

A pesquisa nacional do CFESS (2005), ao tratar sobre carga horária de trabalho, verificou que a carga de 40 horas semanais tem prevalecido nas instituições públicas municipais do Brasil, pode-se admitir que a maior parte das assistentes sociais entrevistadas que estão inseridas nas USF's de Aracaju/ SE segue tendência nacional neste quesito. Com efeito, é notório, assim, que a Lei nº 12.317/2010 ainda não vem sendo cumprida e efetivada de forma plena.

O estabelecer de jornada de trabalho de 30 horas semanais para os assistentes sociais foi consequência de uma série de mobilizações e movimentos da categoria profissional em busca de garantir melhores condições para desenvolver e desempenhar as atividades, visto que a carga horária tem relação direta com as condições objetivas nas quais o assistente social atua, bem como com a qualidade e continuidade dos serviços ofertados.

A diferença entre a carga horária das participantes da pesquisa levou ao questionamento de tal fato. Assim, foi possível compreender, a partir da explicação das entrevistadas, que essa distinção acontece devido à seguinte situação: a jornada de trabalho de todos assistentes sociais inseridos nas USF's já era de 30 horas semanais, até o ano de 2010, porém as próprias equipes de saúde da família começaram a requisitar a presença do assistente social nas USF's numa carga horária de 40 horas semanais, pois relatavam a necessidade deste profissional em tempo integral na unidade. Desse modo, houve uma pressão dos demais profissionais que trabalham nas USF's para que os assistentes sociais atuassem 40 horas semanais.

A Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju realizou estudo das USF's mais SUS dependentes (USF's em que a demanda pelos serviços de saúde são maiores por parte da população) e propôs a seguinte organização: os assistentes sociais até então lotados nas unidades mais SUS dependentes que quisessem atuar numa carga horária de 40 horas semanais, com complementação salarial, seria permitido, mas não era obrigado que o profissional atuasse nesta carga horária, caso não pudesse ou optasse por continuar a desenvolver as atividades na carga horária de 30 horas semanais, a vaga seria destinada a alguém que dispusesse das 40 horas. Então houve um remanejamento interno dos profissionais neste sentido e, conseqüentemente, cargas horárias distintas, alguns com carga horária de 30 horas e outros com 40 horas semanais.

Neste sentido, as equipes de saúde das USF's que não são tão SUS dependentes também pressionaram para padronizar a carga horária dos assistentes sociais. Com efeito, foi reaberto novamente para que esses profissionais pudessem optar pela carga horária, a qual seria ampliada para 40 horas semanais. Assim, alguns assistentes sociais fizeram o requerimento e tiveram a complementação salarial, de modo que a diferença entre a carga horária desses profissionais permanece ainda nos dias atuais.

Em 2010, a Lei nº 12.317/2010 foi aprovada, e iniciou-se um novo processo direcionado para mobilizações e negociações judiciais intermediadas pelo Sindicato dos assistentes sociais, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/SE, em prol de padronizar a carga horária de todos assistentes sociais que atuam nas USF's de Aracaju/SE para 30 horas semanais, sem perda salarial, e efetivar a referida lei conquistada para todos profissionais. As assistentes sociais entrevistadas relataram ainda que em algumas secretarias municipais de Aracaju/SE, como a Secretaria Municipal de Assistência Social, os assistentes sociais já possuem carga horária de 30 horas semanais. Todavia, os profissionais lotados na Secretaria Municipal de Saúde do município continua a luta pela uniformização da carga horária.

É o seguinte, algumas secretarias já têm às 30 horas regularizadas, por exemplo, se você for pegar os trabalhadores da assistência social, eles adequaram totalmente, todos eles foram readequados, tanto da proteção social especial, quanto da proteção básica, todo mundo lá hoje em dia trabalha 30 horas. E isso aconteceu com demais profissionais que estão inseridos em outras secretarias do município também, só não adequou dos assistentes sociais que estão inseridos na saúde, só com a saúde não fez isso, saúde não fez, ainda é uma luta nossa (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

A luta para a implementação da jornada de 30 horas continua junto à Secretaria Municipal de Saúde [...] O sindicato avançou na Secretaria Municipal de Assistência Social, mas saúde não. Então as negociações continuam para que seja cumprido o nosso direito de atuar 30 horas semanais (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

No tocante ao vínculo empregatício, todas as assistentes sociais participantes da pesquisa são funcionárias efetivas da Prefeitura de Aracaju/SE, especificamente da Secretaria Municipal de Saúde, passaram por concurso público e são estatutárias, o que confirma tendência histórica do Serviço Social inserido no âmbito público, sendo o assistente social executor das políticas sociais e também partícipe do processo de planejamento das mesmas.

Em referência ao fato de trabalhar ou não em outra instituição como assistente social, 87,5% das entrevistadas relataram apenas atuar nas USF's, somente 12,5% das assistentes sociais possuem outro vínculo empregatício, mas também na área da saúde. Esse resultado pode estar relacionado ao fato das assistentes sociais participantes da pesquisa atuarem em sua maioria 40 horas semanais, quesito já discutido anteriormente.

Ademais, enfatiza-se ainda que esses dados, acerca do vínculo empregatício, estão em conformidade com os encontrados na pesquisa do CFESS (2005), na qual também foi constatado que a maior parte dos assistentes sociais no Brasil, mais especificamente 77,19%, possuem somente um vínculo empregatício. Outro aspecto diz respeito à questão do cargo que exercem, desse modo, destaca-se que todas as profissionais participantes da pesquisa atuam como assistentes sociais, não exercendo outras funções. Com relação ao fato de já terem exercido ou não cargo de gerência na instituição, apenas 25% das entrevistadas relataram já ter assumido gerência e 75% que não assumiram.

Por conseguinte, reafirma-se que a apreensão destes itens são fundamentais para a compreensão do objeto de estudo de trabalho, visto que possibilitam também compreender as condições em que se estabelece a atuação das assistentes sociais entrevistadas inseridas nas USF's de Aracaju/SE, bem como fazem parte ainda da análise acerca da materialização do PEPSS na saúde, neste caso específico, na APS. Destarte, os próximos itens, concomitante aos dados já analisados, farão jus a responder os objetivos e questionamentos neste estudo.

3.3.2 Dimensões que efetivam o Projeto Ético-Político Profissional

3.3.2.1 Dimensão Teórico-Metodológica/ produção de conhecimento

Neste item foram tratados os demais resultados das entrevistas, os quais também estão consubstanciados na análise de conteúdo e na preservação da identidade dos sujeitos participantes da pesquisa, conforme Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510/2016, ressaltando também que os nomes designados as profissionais são fictícios, como já apontado neste trabalho. Acentua-se, ainda, que a exposição dos dados foi organizada considerando as dimensões colocadas por Teixeira e Braz (2009) como as que materializam o PEPSS na realidade objetiva: produção do conhecimento, dimensão jurídico política e a político-organizativa da profissão; e que estão consubstanciadas aos elementos teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo.

As análises levaram em consideração a atuação das assistentes sociais inseridas no contexto da sociedade capitalista, dando ênfase ao fato de que a mesma realidade que limita o exercício profissional, ou seja, as condições macro-societárias, que permeiam a conjuntura, na qual se encontra inserida a profissão, é a mesma que apresenta possibilidades para a materialização do PEPSS. As dimensões que concretizam o PEPSS foram analisadas de modo sequencial, visando a melhor forma metodológica de leitura. Para tanto, é pertinente frisar veementemente que tais dimensões são indissociáveis, assim são imbricadas, é uma unidade do diverso permitindo a viabilização do projeto profissional do Serviço Social. Neste sentido, concorda-se que a “[...] intervenção de natureza técnico-operativa não é neutra: ela está travejada pela dimensão ético-política e esta, por sua vez, encontra-se aportada em fundamentos teóricos [...]” (GUERRA, 2013, p.46).

Inicialmente, será abordada a dimensão produção de conhecimento, a qual também está circunscrita a dimensão teórico-metodológica. Diante disso, a pesquisa permitiu levantar indicadores, junto as participantes da pesquisa, do processo de educação permanente, da implementação da dimensão investigativa na realidade articulada à produção de conhecimento, da proximidade e relação com a universidade nos dias atuais, e da importância da teoria para o fazer profissional consubstanciada ao projeto profissional.

É compreensível que estes indicadores consubstanciados na atuação do assistente social, neste caso das profissionais inseridas nas USF's de Aracaju/SE, refletem a capacidade também teórico-política, a qual está correlacionada à direção da materialização do PEPSS, apresentada a partir da apreensão e do fazer das profissionais mencionadas, no que se refere à dimensão da produção do conhecimento imbricada à teórico-metodológica. Essa dimensão reflete na possibilidade de respostas críticas e condizentes com o projeto profissional, no embate dos desafios colocados pela ofensiva neoliberal no espaço sócio-ocupacional.

Assim, o levantamento sobre a titulação, ao considerar as participantes da pesquisa que possuem outra graduação, foi constatado que 87,5% possuem apenas formação em Serviço Social e 12,5% são graduadas também em outra área, mas que está vinculada ao campo das ciências sociais aplicadas. A educação permanente das assistentes sociais participantes da pesquisa é um dos quesitos fundamentais que sinaliza para a concretude do PEPSS, visto que impacta no processo de reflexão do fazer profissional possibilitando, assim, uma atuação mais crítica, face à conjuntura sócio-histórica permeada pelo rebatimento do contexto neoliberal, que interfere na intervenção do assistente social. Ou seja, a educação permanente tende a permite às profissionais mencionadas “[...] fomentar a formulação de propostas profissionais, que vislumbrem alternativas de políticas calcadas no protagonismo

dos sujeitos sociais, porque atenta à vida presente e seus desdobramentos” (IAMAMOTO, 2007a, p.195).

Neste sentido, quando questionadas sobre o fato de possuírem ou não cursos de pós-graduação, foi constatado que 12,5% não possuem nenhum tipo de especialização, entre as razões e motivos destes estão questões de ordem pessoais, e 87,5% possuem. Das entrevistadas que possuem especialização, 71,43% têm somente o curso de pós-graduação *lato sensu*, e 28,57% têm especialização *lato sensu* e *stricto sensu*. Ao tratar especificamente da pós-graduação *lato sensu*, observa-se que 42,86% possuem até 2 especializações, e 57,14% somente 1, demonstrando, assim, que a maioria das entrevistadas buscaram a continuidade dos estudos nesta modalidade de pós-graduação. As áreas dessas especializações referem-se, em sua maioria, a especializações voltadas para o campo da saúde pública, mas destacou-se também as direcionadas para a educação e gestão ambiental.

Já a respeito da pós-graduação *stricto sensu*, acentua-se que tal especialização refere-se a mestrado, especificamente na área de Educação e Serviço Social, visto que nenhuma das entrevistadas tem título de doutora. Além disso, verifica-se, também, uma pequena porcentagem daquelas que possuem o título de mestra, ao considerar o total de participantes na pesquisa. Apesar da pós-graduação *lato sensu* ser um caminho importante para a qualificação profissional, a deficiência de profissionais com mestrado e doutorado

[...] reflete no exercício profissional, podendo contribuir, juntamente com outros fatores, para a reprodução de uma série de entraves à garantia da implementação do projeto ético-político na academia, na intervenção profissional, nas entidades organizativas da categoria, entre outros espaços (SANTOS et., 2010, p. 162).

Com efeito, é necessário ressaltar que a UFS, por meio do curso de Serviço Social, já conseguiu instituir o programa de pós-graduação *stricto sensu*, aprovado em 2011, no campo específico de Serviço Social, tendo como área de concentração Serviço Social e Política e Social, a primeira turma foi constituída em 2012. A partir disso, ver-se a necessidade de realizar um trabalho direcionado a sensibilizar as assistentes sociais que estão inseridas nas USF's em Aracaju/SE, no que diz respeito a ampliar o processo de formação para níveis de mestrado e doutorado, pois como apreendido, isso também é uma das implicações para a materialidade do PEPSS, visto que a limitação teórica tende a impossibilitar a compreensão da realidade social na perspectiva crítica para além da aparência superficial.

Sabe-se que essa realidade está relacionada aos desafios da conjuntura neoliberal que permeiam também os ditames institucionais, uma vez que a maioria das participantes da pesquisa possuem jornada de trabalho de 40 horas semanais, e isso pode ser fator determinante para o não ingresso das mesmas na pós-graduação *stricto sensu*, a qual demanda mais tempo e dedicação.

Partindo da importância da especialização para a materialização do PEPSS, urge também a necessidade da educação permanente direcionada para as assistentes sociais inseridas nas USF's de Aracaju/SE, que lhe permita uma atuação profissional propositiva, posto que a educação permanente em conjunto com especializações *latu sensu e stricto sensu*, tende a fortalecer e possibilitar ainda mais intervenções profissionais pautadas na direção da concretude do projeto profissional do Serviço Social, na conjuntura da ofensiva neoliberal.

Destaca-se que na área da saúde é existente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual é regulamentada pela Portaria nº 1.966, de 20 de agosto de 2007, que dispõe acerca das diretrizes para implementação da política mencionada. A educação permanente em saúde, conforme a sua política regulatória apontada, possui a seguinte definição:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009, p.20, grifos do autor).

Ao serem questionadas sobre o fato de existir ou não incentivo da instituição, a qual estão vinculadas para a educação permanente nos tempos atuais, 25% dizem que sim, enquanto 75% relatam que não. Tais respostas demonstram que um dos princípios fundamentais, o qual também consubstancia a materialidade do projeto profissional do Serviço Social, do Código de Ética Profissional de 1993, especificamente o que preza pelo permanente aprimoramento intelectual, com vistas ao compromisso com a qualidade dos

serviços prestados à população, vem encontrando dificuldades e limites para ser efetivado junto às assistentes sociais participantes da pesquisa, uma vez que o incentivo à educação permanente, por parte da instituição, não é considerada como algo prioritário nos tempos atuais.

Esse dado é relevante, pois os assistentes sociais que se encontram inseridos no processo de educação permanente aproxima-se da análise da realidade a partir do real e do concreto, solidificando propostas mediante as demandas que lhes serão colocadas, consubstanciadas em estratégias que viabilizem o acesso aos serviços de saúde na perspectiva de direito social e da materialidade do PEPSS articulado ao projeto da Reforma Sanitária. Desta forma, apesar da maioria das assistentes sociais entrevistadas enfatizarem o não incentivo por parte da instituição nos tempos atuais para a educação permanente, as profissionais destacaram que essa formação é elemento que ganha destaque como auxílio para o enfrentamento das dificuldades do fazer profissional imbricado ao contexto das relações sociais capitalistas solidificadas a ofensiva neoliberal.

Então, é com a educação permanente, que eu acredito que a gente pode realmente produzir uma saúde de mais qualidade, uma saúde coletiva, condizente com a reforma sanitária e nosso projeto profissional e não um ambulatório, aí sim a gente consegue fazer uma ESF (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Eu acho fundamental, necessária, indispensável para o desenvolvimento das minhas atividades e do meu posicionamento, porque as políticas públicas vêm sendo alteradas gradativamente, sem esses polos de formação continuada fica difícil e a gente precisa tá debatendo, e tentar identificar estratégias para subsidiar a garantia de direitos, o que tem relação com nosso projeto, né. Porém, é difícil, porque a gente sabe que a formação continuada aqui tá precária [...] (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Esses processos de formação continuada ajudam na rotina do trabalho, porque é uma necessidade, se você não estudar fica para trás, tem que acompanhar. O conhecimento é rápido, dissemina rápido no mundo da tecnologia, então tem que se aperfeiçoar. Todos os dias surgem novidades em todas áreas e é preciso a gente, do Serviço Social, acompanhar também para poder saber responder as necessidades dos usuários (LUMA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Ressalta-se, que 75% das profissionais usaram o termo formação continuada em seus depoimentos, porém é preciso estar atento ao fato de que “[...] nem toda ação de capacitação implica um processo de educação permanente. Embora toda capacitação vise à melhoria do desempenho do pessoal, nem todas estas ações representam parte substantiva de uma

estratégia de mudança institucional [...]” (BRASIL, 2009, p.40), o que difere do conceito de educação permanente em saúde que se articula a estratégia de mudança institucional, o qual é aceito pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde vigente.

Como visto, também a maioria das profissionais participantes da pesquisa relataram não existir incentivo para a educação permanente em saúde na atualidade de modo considerável, mas destacaram, com ênfase, que em tempos anteriores existia de forma intensa e mais efetiva o fomento a educação permanente. Isso pode ser evidenciado nos seguintes depoimentos:

[...] olhe, atualmente essa formação continuada tá bem precária [...] é, já tivemos momentos assim mais gloriosos né, digamos, onde a quantidade de capacitações era bem mais frequentes, as atualizações, os encontros com as outras colegas, e com os profissionais de outras categorias, onde a gente podia trocar, é, informações, saberes, experiências, mostras de saúde. Então tudo isso já foi assim muito mais frequente. Na gestão passada isso praticamente acabou né, foi assim um período traumático e ainda hoje continua (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Logo quando eu entrei, sim, tinha muito curso de capacitação. Teve uma época que tinha muitas, muitas capacitações, depois deu uma parada que ninguém mais foi capacitado, faz mais de quatro anos e meio que parou, até agora nada [...] (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Atualmente, a gente vive uma situação precária né de condições, mas a saúde, ela tem o Centro de Educação Permanente, que é o CEPS, mas ele não tem funcionado para dar essa educação permanente né. Nós tivemos várias formações, momentos de reflexão, porque permanente significa que tem que continuar, sempre vai ter, porém a gente vive um período que não tem, tá falho né (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Conforme os depoimentos, compreende-se que a educação permanente das assistentes sociais entrevistadas inseridas nas USF's de Aracaju/SE encontra-se num momento de fragilização, isso ficou mais intenso nos últimos quatro anos e meios, a considerar o ano de realização desta pesquisa, o que resulta em mais um desafio e implicação para a materialização do PEPSS a ser enfrentado e superado neste espaço sócio-ocupacional.

Mediante essa realidade, foi possível perceber os motivos que ocasionaram tal situação, os quais estão interligados aos rebatimentos da contrarreforma do Estado e que, consequentemente, estão interferindo no processo de educação permanente das participantes da pesquisa, de modo a impactar as condições em que ocorre a atuação das assistentes sociais direcionada para a concretude do projeto profissional do Serviço Social, pois como já

debatido, a educação permanente deste profissional é subsídio fundamental que sinaliza para a materialidade do projeto destacado.

Os reflexos da ofensiva neoliberal que assola a política de saúde e o processo de educação permanente das assistentes sociais sujeitas da pesquisa apresentam-se na justificativa de crise financeira vivenciada no momento, que perpassada ainda o município de Aracaju/SE, e decorrentemente na ausência de recursos financeiros que possam arcar com os custos dessa educação permanente. Porém, sabe-se que as crises e as contradições são inerentes ao modo de produção capitalista.

Ademais, a ofensiva neoliberal consubstanciada na década de 1990, no Brasil, amplia as dificuldades de financiamento para a realização de projetos voltados também à educação permanente das assistentes sociais inseridas nas USF's de Aracaju/SE, pois tem-se o incentivo a redução de despesas, restrição de recursos financeiros, humanos e materiais para a execução dos mais diversos projetos e atividades nos espaços sócio-ocupacionais, (IAMAMOTO, 2009a), como a educação permanente, definindo as necessidades e intensidades desse processo. Seguem relatos que evidenciam tal constatação:

Tudo é essa crise, tudo é crise, eles dizem que está faltando dinheiro né, para poder arcar com as capacitações, com a nossa formação continuada [...] essa é a principal justificativa que dão (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Então, assim, não tá tendo recurso, então demanda recurso, devido à crise né, que eles falam. A gente está com falta de papel para imprimir resultado de exame, uma oficina vai demandar papel, por exemplo. Então a gente tá um período meio parado ainda, sem dinheiro pra essas atividades, mas eu acredito que vai melhorar (LUMA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Todavia, apesar das dificuldades relacionadas à educação permanente imbricada à conjuntura dos ditames da ofensiva neoliberal, percebe-se que a profissional acredita na melhora da situação. Dessa forma, foi possível observar, mediante relatos, que 62,5% das profissionais estão apostando na nova gestão que assumiu a prefeitura de Aracaju/SE, em 2017, após as eleições de 2016, para enfrentar este cenário de ausência de capacitações correlacionada a educação permanente e, assim, reorganizar e retornar tais atividades.

Essa gestão, a gente acredita que está tentando recuperar, justiça seja dita, porém ela está organizando a casa, já que assumiu ano passado né [...] Então eu acredito que a tendência é melhorar em relação ao retorno das capacitações (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Eu acho que essa gestão que assumiu o comando do município, quando se estruturar possa ser que melhore, não vai ficar ao início do PSF, mas eu acho que vai melhorar um pouco [...] (TAINARA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Assim, é necessário destacar a outra parcela, 37,5% das assistentes sociais que não estão acreditando muito no retorno da educação permanente por parte da gestão atual. Como é possível observar nas respostas das entrevistadas:

Então a gente está indo para o décimo primeiro mês de gestão, e eu ainda não vejo nada de concreto né, a educação permanente, a formação em serviço precisa ser retomada, então tá demorando muito (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Tá parado, não retornou, está demorando, já poderia ter retornando, apesar das dificuldades [...] Realmente nossa formação continuada tá comprometida, não sei se vai retornar [...] (VALETINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Pode-se perceber, mediante depoimentos, que as assistentes sociais vêm atuando sem estar inseridas em processos de educação permanente nos tempos atuais, que abrangem cursos ou atividades de atualização profissional. Assim, existe a necessidade de retornar, restabelecer e intensificar o incentivo a educação permanente dessas profissionais, pois entende-se que é preciso enfrentar os desafios mencionados pelas assistentes sociais nesse quesito, junto à instituição no que diz respeito a ofertas de cursos e capacitações pela mesma, já que essa interposição incide diretamente sobre o exercício profissional amparado numa perspectiva crítica e propositiva. Visto que promove “[...] o encontro do profissional com o novo Projeto Ético-Político, possibilitando um repensar teórico, face aos atuais processos sociais, posto em debate no Serviço Social, e às atuais reconfigurações societárias” (MAMEDE, 2009, p. 167).

Vale ressaltar que apesar do não incentivo dado pela instituição no que se refere à garantia de oferta de cursos de capacitações relacionados à educação permanente nos tempos atuais, as assistentes sociais participantes da pesquisa que atuam com carga horária de 40 horas semanais possuem 6 horas semanais que podem ser dedicadas a estudos.

Eu tenho 6 horas da minha carga horária que deve ser dedicada a estudo, que aí eu faço dele o que eu quiser né. Então eu posso fazer um cursinho on-line, presencial, por exemplo, é um turno livre, mas no momento não venho fazendo nenhum curso [...] Toda sexta-feira, hoje em dia, toda sexta-feira à

tarde, eu tenho esse turno livre para me dedicar a estudo (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Cada assistente social tem 6 horas de trabalho que podem ser dedicadas a estudos, capacitações, que devem ser buscadas, nestes horários, por conta própria. No meu caso é dia de sexta-feira à tarde, então eu atendo os usuários de segunda-feira a quinta no horário normal, na sexta só pela manhã. Quando possível, busco cursos para fazer, mas é difícil devido à rotina mesmo (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

No entanto, estes estudos devem ser arcados financeiramente pelas profissionais, de modo particular no presente momento, é provável que isso limite o processo de educação permanente dessas assistentes sociais, pois apenas uma profissional referiu estar investindo financeiramente em cursos de capacitações.

Individualmente, eu busco essa educação permanente, porque temos um tempo destinado a isso. Então eu faço cursos, que não são oferecidos pela secretaria, são cursos particulares, presenciais, on-line. Atualmente eu estou fazendo um curso, mas é fim de semana, por minha conta, porque em termos de secretaria no momento não há investimento em capacitação (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Desta forma, observa-se que a busca própria por capacitações, que abrange cursos, oficinas, entre outros, pelas assistentes sociais entrevistadas ainda é frágil, de modo que possuem baixa participação nestas atividades. Portanto, ressalta-se que a busca e o envolvimento em capacitações devem ser constante e contínua, pois é também através da educação permanente que a realidade institucional e social pode ser desvelada numa perspectiva crítica.

Quando questionadas de que forma acontecia a educação permanente, em tempos que era presente e intensa, as entrevistadas relataram que as atividades eram interligadas à Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/SE, através do Centro de Educação Permanente da Saúde-CEPS, o qual ofertou capacitações com temáticas gerais, de diversas áreas, mas também específicas do Serviço Social, através de cursos de especialização *lato sensu*, principalmente seminários, oficinas, entre outros. As profissionais explanaram ainda que nesse período mais intenso de educação permanente o CEPS estabelecia parcerias com outras instituições de caráter educativo. Não obstante, é preciso ter uma perspectiva e visão crítica acerca da educação permanente, em razão de que muitas vezes '[...] não superam o nível [...] dos cursos rápidos e fragmentados para dar conta das demandas dos usuários sob o ponto de vista institucional [...] a partir das condições objetivamente dadas [...] (SILVA, 2013, p. 129).

As capacitações, quando têm, acontecem por meio do CEPS né, porque a saúde tem esse órgão destinado para isso e também através dele é possível firmar contratos com universidades, por exemplo. Quando estava mais intenso isso, acontecia por meio principalmente de eventos, palestras, oficinas e todos com certificado devidamente reconhecido. As temáticas eram variadas, com temas da saúde, mas também do Serviço Social (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Já teve até especializações pela Secretaria de Educação em Saúde, todas por parcerias com o Hospital Sírion Libanês, com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e com a Fiocruz, todas boas, eu até cheguei a fazer duas (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Outra questão que faz parte do contexto da dimensão produção do conhecimento/teórico-metodológica, que está imbricada à materialização do PEPSS, diz respeito ao contato que os profissionais da pesquisa possuem com o âmbito acadêmico, isto é, com a universidade, uma vez que isso também leva ao aprimoramento intelectual do profissional e à aproximação com as discussões e tendências teórico-críticas da profissão e do pensamento social.

As profissionais foram questionadas acerca da relação que possuem com a universidade, se participam de atividades realizadas no âmbito dessa instituição, 75% das entrevistadas responderam que não, e 25% que sim. As entrevistadas que relataram possuir algum tipo de vínculo com a universidade explanaram que o mesmo acontece principalmente quando são convidadas a participar de bancas de Trabalho de Conclusão de Curso, e para ministrar alguma palestra acerca da experiência profissional. E afirmam participar destas atividades porque entendem que as mesmas proporcionam novos conhecimentos, sendo uma saída frente à ausência de ofertas de cursos relacionados à educação permanente nos dias atuais, no que diz respeito à instituição a qual estão vinculadas.

Olha, eu tenho participado, só que é mais em banca, principalmente em universidade particular, nestas tenho muito convite para participar de bancas. Eu acho também fundamental pra minha educação permanente, porque estamos em tempos de retrocessos né, assim, sem capacitações, aí e acabo aproveitando esses momentos mesmo [...] (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Não tenho dificuldades não, já fiz muito parte de banca de TCC, sempre que sou convidada, aceito. Eu participo porque é importante participar destes momentos para ver o que está sendo produzido na universidade e depois trazer de volta para o trabalho, é uma maneira de refletir o que está sendo feito (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

No entanto, como observado, a partir dos dados da pesquisa, somente a minoria das assistentes sociais, 25%, participam de atividades acadêmicas, por meio mais de bancas de trabalhos. Isso não deixa de ser relevante, mas é essencial que as profissionais ampliem o relacionamento com as demais atividades acadêmicas, como: seminários, palestras, congressos, jornadas, simpósios, participação em grupo de pesquisa, entre outras, na área de Serviço Social, principalmente, possibilitando maior proximidade com leituras, debates e discussões também acerca da materialidade do PEPSS nos espaços sócio-ocupacionais, como a saúde.

Como constatado, a maioria das assistentes sociais entrevistadas explanaram não participar de atividades acadêmicas, entre as justificativas dessas profissionais que não possuem nenhum tipo de vínculo com a universidade diz respeito principalmente à dificuldade de ausentar-se das USF's devido à quantidade de demandas diárias, problemas de saúde e por desmotivação. Isso é retratado nas seguintes falas:

Não, quase não, porque pra gente sair da unidade é difícil. Assim, quando tinha ou se tiver, algum treinamento, que tá vinculado ao CEPS e a saúde, até que participo mais, só que ligado assim à universidade, não (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Eu ando meio afastada da universidade, de tudo mesmo, não tenho motivação. Além disso, a demanda aqui é enorme, eu já pensei em pedir transferência, pra poder me dedicar a outras atividades, como as que acontecem na universidade, mas eu gosto dessa unidade e tenho medo da colega que chegar aqui, porque todo mundo que chega aqui surta um pouquinho, a comunidade é muito extensa, dar conta não é fácil, muita demanda mesmo [...] (LUMA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Assim, logo quando eu me formei eu participava de seminários, participei de muita coisa, ia participava. Agora pela essa dinâmica da vida mesmo, não, não deixa, não participo, coisa muito rara, até porque eu tenho outras esferas da vida, problemas pessoais ligados a minha saúde também não permitem no momento, e em meio a tanto retrocesso, não me sinto motivação também [...] aí vai (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Quando a assistente social Elizabete expressa que pode participar dos cursos de capacitação oferecidos pela instituição a qual está vinculada, mas que é difícil inserir-se nos eventos acadêmicos, pressupõe-se que fragiliza a importância de estar envolvida em espaços da universidade, em discussões que estejam mais direcionadas ao Serviço Social, ao pensamento social crítico.

Ademais, ao enfatizar a quantidade de demanda posta no cotidiano de atuação profissional e isso limitar a possibilidade de poder participar de atividades acadêmicas, apreende-se que esse cenário também pode ser fruto da contrarreforma do Estado, posto que, como já apontando neste estudo, as condições objetivas em que ocorrem a intervenção das assistentes sociais entrevistadas são inerentes a ofensiva neoliberal, a qual modifica ainda a quantidade de demandas apresentadas a essas profissionais (IAMAMOTO, 2009a). Todavia, é preciso encarar essas dificuldades, tendo conhecimento dos limites e possibilidades do fazer profissional, para assim poder acompanhar os debates teóricos críticos também no âmbito universitário.

Diante desses dados, observa-se que a maioria das assistentes sociais participantes da pesquisa não estão potencializado sua participação em atividades acadêmicas o que possivelmente debilita a capacidade reflexiva acerca das discussões teórico-metodológicas que perpassam o contexto do Serviço Social no âmbito das relações sociais capitalistas consubstanciadas aos ditames neoliberal, comprometendo, assim, decorrentemente a atuação profissional na perspectiva da materialização dos princípios que fundamentam o PEPSS. Visto que os espaços acadêmicos também são instâncias em que se ratifica ou retifica diálogos e tecem construções sobre a realidade e o projeto profissional (IAMAMOTO, 2008b), de modo que, como já apontado ao longo deste trabalho, é a aproximação com a teoria crítica social que ocasiona o conhecimento da essência dos fenômenos sociais para além de sua imediatez.

Quanto ao fato de ser preceptora de estágio, 75% das profissionais responderam que sim, por considerarem um momento de enriquecimento profissional e estar colaborando na formação dos demais assistentes sociais, apenas 25% assistentes sociais relataram não ser a época da pesquisa (2017) preceptora de estágio, devido às condições objetivas da atuação profissional, limitando-as quanto ao tempo disponível para tal atividade. É relevante enfatizar esse quesito, pois corrobora-se com Guerra e Braga (2009) de que a supervisão em Serviço Social, quando encarada como momento importante do processo de formação de discentes, permite a garantia de propagar os fundamentos das Diretrizes Curriculares de 1996 do curso. Em vista disso, favorece com a construção de profissionais que estejam de fato baseados na compreensão do pensamento crítico, da razão ontológica e intelectual, para que assim possam analisar a realidade e desempenhar pesquisas que levam ao conhecimento da população usuária de seus serviços nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, como a saúde.

Em referência ao fato de conseguirem desenvolver no seu campo de atuação pesquisas, ou seja, uma atitude investigativa, 87,5% das profissionais relataram que não, e

12,5% que sim. A assistente social que relatou realizar pesquisa, afirma sistematizar as informações obtidas no atendimento ao usuário, isto é, organiza os dados coletados, os quais são adquiridos através da entrevista individual, entre outros instrumentos, e a partir desse ordenamento, prioriza e estabelece as ações a serem executadas. Além disso, ressaltou realizar a sistematização das informações sempre que possível, pois nem sempre consegue devido à rotina excessiva de demandas surgidas no ambiente institucional. Como pode ser constatado no depoimento da profissional:

Olhe, é possível porque aqui eu consigo usar o computador da gerente, então eu organizo todos os meus atendimentos e as informações que obtenho deles, como: número de atendimentos; tipos de atendimentos; qual é a principal demanda do Serviço Social; o perfil socioeconômico dos usuários que atendo, entre outros itens. Então eu vou organizando por mês, sistematizando as informações mesmo né, quando não consigo por mês, eu acumulo e organizo trimestralmente né. Então eu sei, através dessa pesquisa mensal, como é que funciona o Serviço Social aqui, a população que nos procura e em alguns casos, algumas demandas o que fazer, mas pesquisas maiores como, por exemplo, conhecer todo o território aqui, a comunidade mesmo né, não consigo, demanda mais tempo e mais gente, nesta rotina, sozinha não consigo (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

No entanto, é preciso chamar atenção para o fato de que a dimensão investigativa difere da sistematização/organização das informações/dados obtidas mediante a atuação profissional, pois a dimensão investigativa articulada à produção de conhecimento acerca da realidade em que o assistente social está inserido exige também “[...] identificar e problematizar as condições do exercício profissional, os fenômenos existentes [...] a necessidade de aprofundamento teórico [...] e a [...] adoção de determinado referencial-teórico [...]” (GUERRA, 2009a, p.8). Como observado, é notório que o desenvolver da dimensão investigativa de fato não é realizada, o que pode contribuir para a construção de análises frágeis da realidade.

Desse modo, é importante explicar os motivos que levam a maioria das assistentes sociais entrevistadas a não desenvolver a dimensão investigativa na atuação profissional.

É, eu venho atuando aqui de forma muito empírica, como creio que seja a realidade da maioria das colegas, até pelas condições de trabalho, por exemplo, eu não tenho computador, nem sempre o da gerente está disponível, como é que eu vou tabular as informações? Tudo fica difícil né (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Olha, a gente já fez várias vezes, pesquisas né, normalmente com a participação dos alunos, mas agora não faço porque no dia-a-dia não tem tempo, entendeu [...] Quando a gente tá fazendo alguma pesquisa, pode ter certeza que tem alguma universidade envolvida, fora isso é impossível, e agora não estamos com parcerias de universidades. Então não estou desenvolvendo pesquisa (LUMA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Então, são seis equipes né, muita demanda, muitos atendimentos diários, então eu não consigo fazer pesquisa, as condições de trabalho não são favoráveis, e me recuso de levar trabalho para casa, porque é o meu momento com a família [...] (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Compreende-se, a partir dos depoimentos, que o principal limite para a articulação entre a investigação e a intervenção profissional são as condições em que ocorre a atuação das profissionais. Como relatado, elas não possuem recursos materiais suficientes para o alcance dessa atividade. Ademais, a quantidade de demandas imediatas apresentam-se, mais uma vez, como empecilho para o desenvolvimento de tarefas relacionadas ao caráter investigativo. Com efeito, essas profissionais explanaram conhecer a realidade apenas através do contato diário com os usuários.

Como já apontando neste estudo, a política de saúde vem sendo operacionalizada de “modo deficitário”, mediante a má qualidade dos serviços de saúde que são ofertados nos dias atuais, no contexto da contrarreforma do Estado. Dessa forma, tal conjuntura interfere diretamente também na atuação, nas demandas e nas respostas das assistentes sociais, que estão inseridas nas USF's, bem como na concretude do PEPSS neste espaço sócio-ocupacional, posto que a dimensão investigativa vem encontrando dificuldades para ser executada, a qual é fundamental para apresentação de resoluções críticas, por parte das profissionais, as demandas apresentadas e para a materialização do referido projeto.

Como estratégias para enfrentar os limites colocados pelas assistentes sociais acerca de firmar o elo entre dimensão investigativa e atuação profissional, algumas profissionais acentuaram a possibilidade de buscar informações sobre a população usuária, por exemplo, junto aos sistemas de saúde disponíveis na internet, como o E-SUS. Todavia, sabe-se que a pesquisa quantitativa é insuficiente para decifrar a realidade, de maneira que é preciso complementar com a pesquisa qualitativa, visto que tais tipos de pesquisas são complementares.

Nota-se que o conhecimento acerca da população atendida, por parte das entrevistadas, é superficial, essa compreensão apresenta-se também como desafio e implicação para a atuação das assistentes sociais na perspectiva da materialização do PEPSS, contrapondo-se ao mesmo. Assim, como caminho que leva ao enfrentamento dessa situação, propõe-se, que as

assistentes sociais tenham percepção do movimento contraditório em que se dá sua atuação, a qual ocorre no contexto das relações sociais capitalistas e, desse modo, possuam competência para propor e negociar seus projetos no espaço ocupacional, dando ênfase ainda a potencializar a dimensão investigativa, procurando conhecer os fenômenos sociais que permeiam a realidade na qual estão inseridas em sua essência, para além da aparência.

Já que, como debatido no primeiro capítulo deste trabalho, através da pesquisa “[...] se pode produzir conhecimentos voltados para os interesses dos setores populares, [...] visando atuar na sua organização e mobilização” (GUERRA, 2007, p. 20-21), de modo a estar vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária. Além disso, também como enfatizado no capítulo mencionado, o desenvolver da dimensão investigativa encontra-se coaduno a Lei de Regulamentação da profissão, especificamente em seus artigos 4º e 5º.

A assistente social entrevistada, que afirmou conseguir sistematizar/organizar as informações obtidas, foi questionada se consegue publicar os dados obtidos nos meios acadêmicos, e relatou divulgar alguns resultados em palestras quando convidada para ministrar sobre experiência profissional, mas não consegue elaborar, por exemplo, artigos científicos, entre outros. É importante a publicação e elaboração destes dados enquanto produção de conhecimento científico de fato, pois nestes conforme Teixeira e Braz (2009), têm-se os processos reflexivos acerca do exercício profissional, bem como a direção ético-política da atuação profissional.

Ainda não, ainda não, tenho como meta, já estabeleci como meta organizar os dados, produzir material acadêmico científico com os dados, mas ainda não conseguir [...] Acabo divulgando mais os resultados em apresentações em universidade quando sou convidada a falar sobre minha experiência profissional, mas nada para além disso (MILAINE, Assistente social).

Foi questionado, ainda, sobre a importância dos fundamentos teóricos para a intervenção profissional, e apenas uma profissional mencionou uma relação dicotômica entre teoria e prática, o que fragiliza o exercício profissional e consequentemente o PEPSS.

A teoria é uma coisa, tá lá no papel né, mas a prática é diferente, até porque as políticas sociais estão fragmentadas e com a política de saúde não é diferente. Então o discurso é lindo, mas na prática é diferente, não se consegue colocar tudo em prática não [...] Teoria difere da prática, na minha concepção (TAINARA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Essa cisão entre teoria e prática apontada pela profissional encontra-se consubstanciada à racionalidade instrumental da burguesia. Sabe-se que os desafios são inúmeros, mas é a partir da autonomia relativa, da correlação de forças presentes no espaço institucional, que as profissionais podem buscar estratégias para materializar o projeto profissional do Serviço Social, assim, é preciso conhecer os limites, porém também as possibilidades. Ademais, “[...] uma visão da prática que nega a propriedade da teoria ou negligencia, torna-se mera experiência irrefletida e desconexa de conhecimentos essenciais, restrita ao âmbito do senso comum” (FORTI; GUERRA, 2012, p. 7).

O restante das assistentes sociais destacou a relevância da teoria para o exercício profissional. O reconhecimento por parte considerável das entrevistadas acerca do imbricar entre teoria e fazer profissional é importante, porque é a partir da teoria que se torna possível reconstruir a realidade, tendo como embasamento o PEPSS, como apontado no capítulo I. Porquanto, “[...] o projeto profissional é um elemento de unidade entre teoria e prática. Esse elemento é [...] necessário [...] para que uma atividade se converta em práxis” (GUERRA, 2007, p.24).

Os fundamentos teórico-metodológicos são fundamentais, então, obviamente que grande parte do arcabouço teórico ele continua sendo fundamental, e me lembro de muitas aulas com riqueza de detalhes [...] (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

A teoria é importante o tempo inteiro. Porque não é que a gente vá se agarrar a uma linha teórica e ficar ali fechado, mas é espaço também de consolidação da categoria, do fazer profissional (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

A teoria é importante, sem dúvida [...] porque dá o direcionamento, a partir dali você tem o olhar ampliado, não fica o fazer pelo fazer, o pragmatismo mesmo. Você está amparada num conhecimento teórico, se você tiver um olhar apurado, você consegue fazer essa articulação teoria/prática. Se você não tiver, se perde na prática e diz: não o que eu faço todo mundo pode fazer. E tem que tirar essa visão, porque você desqualifica o seu fazer profissional né, o seu trabalho (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Ao ressaltarem a importância dos fundamentos teóricos para a atuação profissional, sendo que a teoria serve de guia para o direcionamento da intervenção também do assistente social, foi questionado às profissionais entrevistadas quais referenciais teóricos são utilizados para consubstanciar sua atuação. Assim, foi identificado que 25% das profissionais conseguiram explicar em quais autores consubstanciam a intervenção, os mais citados foram:

Iamamoto, Vasconcelos, Netto. E a outra parte, isto é, 75% não souberam, relatando que no momento não estão realizando leituras. A partir disso, foi possível compreender que apesar da maioria considerar a teoria importante para fundamentar a atuação profissional, somente a minoria das profissionais realizam leituras.

Nesse momento, eu não tenho lido, não faço leituras, a não ser sobre as políticas que vão surgindo né, porque tem uma dinamicidade, e como as leis mudam muito e a gente também lida muito com isso, já que as políticas sociais são baseadas em lei, a gente tem que realmente tá sempre se reciclando, buscando ler (TAIANARA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Olhe, é muito difícil eu falar, porque no momento eu não tenho lido, eu sei que é importante, mas não me apego a leituras e teoria. Então realmente no momento eu não sei falar para você assim (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Aqui na unidade não tem como ler, e também em casa tenho outras atividades para serem desenvolvidas. Então acaba que estou muito distante de leituras, da teoria em si né, só leio mesmo na medida possível, é difícil, é difícil (LUMA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Com efeito, parte considerável das assistentes sociais entrevistadas precisam acentuar a realização de leituras, não devendo ter afastamento de aportes teóricos. Corrobora-se com Forti e Guerra (2012) de que a ausência de leituras, principalmente as pautadas em teorias críticas e na racionalidade ontológica, pode refletir de modo negativo na atuação do assistente social, ocasionando falta de profundidade em apreender a realidade social, a qual passa a ser explicada por si mesma, apenas pela observação, avançando-se, assim, na perspectiva da fragmentação do conhecimento, desconsiderando a totalidade. Nesta lógica, as respostas profissionais podem ser restritas, com tendências ao conservadorismo, imediatismo, entre outras, indo de encontro à razão intelectual e dialética, que são imbricadas ao projeto profissional do Serviço Social.

Portanto, como observado mediante os resultados obtidos, o compromisso com a dimensão teórico-metodológica/produção de conhecimento encontra-se fragilizado, de modo que a articulação entre a atuação profissional das assistentes sociais e a materialização do PEPSS também, visto que os questionamentos realizados neste item, são ainda importantes para concretude do projeto mencionado.

3.3.2.2 Dimensão Técnico-Operativa/dimensão jurídico-política da profissão

A dimensão jurídico-política vinculada à dimensão técnico-operativo será enfatizada nas questões seguintes. Antemão, concorda-se com Mito e Nogueira (2009) que as construções tecidas pelas assistentes sociais pesquisadas, no processo interventivo, não está desconectada dos elementos e reflexos que permeiam a instituição na qual estão inseridas. Logo, é importante ressaltar que a intervenção profissional está relacionada às condições objetivas nas quais são desenvolvidas e implementadas à política de saúde, a qual tem como arcabouço ações de caráter curativo e não ações preventivas.

Nesta direção, de acordo com as profissionais entrevistadas, as principais demandas requisitadas pelos usuários que procuram a instituição, são: orientação e solicitação de acesso a medicamentos não padronizados, a fraldas, a declaração de comparecimento; orientações sobre direitos sociais, como: emissão de passe livre, Benefício de Prestação Continuada (BPC) e aposentadoria; orientações ainda sobre planejamento familiar. Têm-se também como demandas, conforme 62,5%, providências quanto a: transporte social, mediação de marcação de consultas com o médico da unidade e externos, no caso de especialistas, agilização de exames, ausência de medicamentos na farmácia da unidade, e ausência de documentos como, por exemplo, carteira de identificação, entre outros. Destacam-se ainda como demandas, mobilização de recursos assistenciais junto ao Centro de Referência da Assistência Social - CRAS, ao CAPS, entre outros; orientações sobre fluxo para os serviços oferecidos na unidade.

Outra demanda colocada pelas assistentes sociais, que é primordial salientar, diz respeito à saúde mental, ou seja, ao quantitativo de orientações que estas profissionais realizam referente à saúde mental.

Tem demandas ainda de usuário com depressão, com problemas de saúde mental, estes tipos de demandas têm aumentado constantemente [...] sempre chegam usuários aqui com este tipo de demanda né (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Tem muita questão de saúde mental, incluindo aí tudo que você puder imaginar, tanto dos mais leves, quanto dos mais graves. Era raro receber alguém com desejo de morte ou com ação suicida, era uma coisa raríssima, agora tá com tanta frequência, que assusta, e pessoas com dificuldade de lidar com questões de sofrimento [...] essa demanda de saúde mental chega quase todo dia mesmo para mim [...] (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Essa conjuntura da crise sanitária, que interfere nas demandas das assistentes sociais entrevistadas, pode ser reflexos das consequências também advindas do contexto da ofensiva

neoliberal que alterou significativamente os processos relacionados aos aspectos sociais, econômicos, culturais, políticos, entre outros, ocasionado a precarização das relações sociais e trabalhistas, dos direitos sociais, do emprego formal e estável e, consequentemente, a procura médica e cuidados terapêuticos (LUZ, 2004, apud, CASTRO, 2009).

Como observado, as principais demandas requisitadas pelos usuários estão relacionadas ao atendimento direto ao usuário, a orientações sociais individuais. Todavia, acentua-se que o predomínio de abordagens individuais, segundo Bravo e Matos (2012), é também reflexo do contexto neoliberal, que na política de saúde, intensificou o embate entre os dois projetos de saúde, já assinalado neste estudo, isto é, o projeto de saúde pautado na Reforma Sanitária e o projeto de saúde privatista, uma vez que esse último conforme os autores vêm requisitando aos assistentes sociais respostas que levem à predominância desse tipo de abordagem.

Desse modo, as principais respostas para o atendimento das demandas mencionadas referem-se à realização de orientação social a indivíduos e acontecem de forma predominantemente individual. Assim, as respostas estão mais voltadas principalmente para inserção dos usuários aos serviços da instituição. Neste sentido, para a concessão de fraldas e medicamentos não padronizados, como leites especiais destinados a crianças com intolerância à lactose, as profissionais realizam estudos socioeconômicos com os usuários por meio de visitas sociais, tendo como objetivo preencher formulários e elaborar relatórios sociais para assim encaminhar a Secretaria Municipal de Saúde, através destes, os usuários têm garantido o acesso a tais insumos. Essas respostas correspondem ao eixo de ações de caráter emergencial assistencial, colocado por Costa (2009), assemelhando-se ainda aos processos socioassistenciais caracterizados por Mioto e Lima (2009), já apontados no capítulo II deste trabalho.

Para as demandas de fraldas, medicamentos não padronizados a gente realiza visitas né, para que o usuário ou aquela família tenha acesso aos serviços ofertados pela unidade. Então todos esses usuários que solicitam fraldas, principalmente, a gente faz a visita para fazer relatório, o qual a gente encaminha para a secretaria e lá eles liberam, quando chega aqui no posto, a gente liga para o usuário vir buscar [...] (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

É importante destacar, nesta situação específica, que uma profissional chamou atenção para o fato de que em USF's localizadas em regiões de classe média alta, alguns usuários acessam a unidade apenas para poder garantir o direito de acesso a fraldas e medicamentos

não padronizados, não possuindo outros vínculos na instituição, além desses. Ainda conforme a profissional, esses usuários detêm uma visão do SUS e, consequentemente, da APS, como serviços de saúde direcionados para os menos favorecidos economicamente.

Além da procura pelo leite hidrolisado, a questão da fralda geriátrica, essas duas demandas especificamente tem me feito, eu estou assim chegando à conclusão de que nesta unidade de saúde, parte da população, procura o SUS a partir de uma visão consumerista, ou seja, ligada ao direito do consumidor e não de um SUS enquanto política pública vinculado a uma construção coletiva. Então vem aqui como se fosse uma farmácia pra dispensar aquele produto, você entendeu? Vem por quê? Porque pago imposto, tem direito [...] mas só vê a unidade de saúde para dispensar a fralda, o medicamento não padronizado como o leite hidrolisado, por exemplo. Aí é quando eu digo, é uma relação do SUS meramente consumerista né, sem contar que veem a Atenção Básica como aquela não funciona, que o médico daqui é fraco [...] que os outros serviços não prestam né [...] (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Isso reafirma as sinalizações realizadas por Bravo e Matos (2008), sobre o fato de que a APS ainda vem sendo encarada como seletiva e como cesta restrita de ações no imaginário da população, sobretudo, para aqueles que não fazem uso do SUS e nessa direção contribuem para uma imagem social distorcida do sistema de saúde mencionado. Assim, ressalta-se necessidade de ampliar a concepção da APS abrangente, totalmente diferenciada da interpretação seletiva, a qual parte da definição da APS destinada somente aos pobres, como forma de minimizar as expressões da “questão social” na saúde, voltada para o controle de doenças em países subdesenvolvidos, como é o caso do Brasil, além de ser desvinculada dos demais níveis de atenção à saúde, percebe-se que a concepção da APS seletiva é totalmente equivocada.

No tocante às respostas direcionadas para planejamento familiar, as profissionais esclarecem em conjunto com a equipe de saúde da unidade, o casal que quer ser submetido à cirurgia de vasectomia para o homem ou laqueadura para a mulher. Nesse caso, as assistentes sociais viabilizam o termo de consentimento e encaminhamento a rede secundária de saúde para dar prosseguimento à solicitação. Quanto a questões de passe livre, BPC, aposentadoria, as profissionais realizam orientações e encaminhamentos para as instituições responsáveis. Tais conjuntos de ações que se apresentam enquanto respostas às demandas apresentadas dizem respeito ao eixo de educação, informação e educação em saúde, apresentado por Costa (2009), e identificado por Mioto e Lima (2009) ainda como processos socioassistenciais. Isso quer dizer que as assistentes sociais entrevistadas respondem às demandas a partir de

orientações, através do contato direto aos usuários e encaminhamentos a outros serviços da rede. Enfatiza-se que esse posicionamento destinado à intersectorialidade é tido por Mioto e Lima (2009), especificamente, como processos de planejamento e gestão.

Aí vem a questão de planejamento familiar que fica com a gente né, a questão da orientação. A gente orienta junto com a equipe de saúde, principalmente médico e enfermeiro. No nosso caso, fazemos a entrevista com a família, após orientação, quando é o caso, viabilizamos o termo de manifestação de vontade né, e é encaminhado para o CEMAR [...] A questão das demais orientações referentes aos direitos sociais como, por exemplo, BPC a gente encaminha para o INSS. Então, assim, todo mundo que chega aqui eu tento tratar o melhor possível e deixar o mais claro possível tudo (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

No que concerne as respostas às demandas relacionadas às solicitações de providências anteriormente elencadas, algumas profissionais relataram mediar junto aos profissionais da equipe para viabilizar o acesso dos usuários aos serviços da USF, ou seja, mediar a possibilidade de consultas na própria unidade entre o usuário e o médico da família, em situações especiais; bem como tentar agilizar em alguns casos a viabilização de consultas com especialistas na rede secundária; agendar o transporte social junto ao setor responsável na Secretaria Municipal de Saúde; realizar encaminhamento de usuários que necessitam de serviços da assistência social para o CRAS, aqueles com demandas voltadas a saúde mental para o CAPS, e os usuários sem documentos oficiais, as diversas instituições responsáveis pelas emissões. O conjunto dessas respostas corresponde também ao eixo de ações de caráter emergencial assistencial, apontado por Costa (2009), aproximando do mesmo modo aos processos e planejamento e gestão, assinalados por Mioto e Lima (2009), por envolver ainda a intersectorialidade.

Quando chega usuários aqui que não conseguem atendimento com o médico, ou chegou atrasado para a consulta, a gente media junto ao profissional para viabilizar o acesso ao serviço né, isso é um exemplo, mas se for o caso eu falo com enfermeiro, com dentista, falo com todos. Outra questão de acesso são as especialidades né, consulta com especialistas no caso, são situações que a pessoa não pode demorar né, fica no sistema e muitas vezes acaba demorando, a depender da situação, do caso, a gente consegue agilizar através de um contato no CEMAR né, a gente consegue agilizar algumas coisas né, encaminha para o CRAS, para o CAPS, também de acordo com a necessidade do usuário (LUMA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

No escopo dessa discussão, evidenciam-se as principais demandas requisitadas pela instituição às assistentes sociais entrevistadas. De acordo com os depoimentos das profissionais as demandas institucionais, centram-se especialmente no acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família; também no acompanhamento de casos relacionados à violação de direitos de idosos, assim como de crianças e adolescentes, na maioria das vezes delegado pelo Ministério Público de Sergipe, Tribunal de Justiça e Conselho Tutelar; e demandas voltadas para o controle social.

As respostas apresentadas a essas demandas institucionais, no tocante às assistentes sociais pesquisadas, no caso específico da Bolsa Família, refere-se ao acompanhamento de crianças de 0 a 7 anos, bem como de gestantes. Segundo as profissionais, esses usuários são acompanhados duas vezes ao ano, ou seja, uma vez a cada semestre, e as assistentes sociais informam: peso, altura;, data de nascimento, se a genitora amamenta ou não, no caso de grávidas, se encontra-se com o pré-natal atualizado, e situação vacinal. Essas informações são anotadas em formulários específicos da Secretária Municipal de Saúde, ademais algumas reuniões são realizadas com essa população específica do Bolsa Família, mas não de modo frequente. Em USF's que a população é mais dependente do SUS, foi constatado que essa é uma demanda acentuada, posto que para ter garantido o acesso ao benefício assistencial, os usuários contemplados, em contrapartida, devem ter atualizados tais determinantes imbricados à saúde.

Outrossim, apesar da maior parte das assistentes sociais entrevistadas considerarem as respostas apresentadas à demanda do programa Bolsa Família como burocrática, 25% das profissionais destacaram que, na maioria das vezes, conseguem estabelecer e fortalecer vínculos com os usuários dos programas, além de atender demais necessidades sociais apresentadas pelos usuários do programa no momento do atendimento, realizando especialmente encaminhamentos ao CRAS.

E a questão da condicionalidade do Bolsa Família é que ela vincula a família a unidade de saúde, ao serviço de saúde. Então você vai para além do que eles pedem da condicionalidade, que é você informar semestralmente peso, altura, situação vacinal, vai para além disso, a gente consegue conhecer essas famílias, fazer encaminhamentos, como para o CRAS, para que assim o usuário tenha suas necessidades atendidas, que não seja só a questão do Bolsa né. Pra você ter ideia chega criança aqui desnutrida, com escabiose, em situação de extrema pobreza mesmo, e a gente tenta atender essas necessidades também (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Essa compreensão é importante, pois apreende-se que tais profissionais conseguem ter discernimento acerca do conceito ampliado de saúde, da integralidade, partindo pelo viés da totalidade, tendo uma visão ampliada dos usuários dos serviços de saúde. Diante disso, reafirma-se que as respostas apresentadas à demanda do programa Bolsa Família, significam também a possibilidade de acompanhar as condições de saúde dos usuários do programa mencionado e de compreender a saúde a partir da promoção e prevenção.

Ademais, foi relatado por 37,5% das profissionais pesquisadas que, devido ao insuficiente quantitativo de funcionários que possuem como competência a pesagem das crianças e gestantes, tal atividade é desempenhada por elas próprias, isto é, pelas assistentes sociais.

A balança de pesagem do Bolsa família é minha, a adaptação da altura, da fita, eu que fiz; porque, assim, se eu for esperar [...] E outra, a pesagem do bolsa família não seria pra eu fazer, mas também se eu não fizer, eu vou atrasando a minha parte, o meu lado né, porque é para os auxiliares de enfermagem fazerem, mas você sabe, é muita demanda para poucos funcionários, acaba que eu faço (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Aqui na sala tem uma balança, porque eu faço a pesagem das crianças né, pra facilitar meu trabalho, porque eu sempre quero abranger o maior número possível de crianças contempladas com o Bolsa Família, se eu for esperar um técnico de enfermagem vir não tem como, essa unidade tem um território extenso, ela não tem condições de vir e eu preciso fazer o acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa. Então acaba acontecendo disso, infelizmente (LUMA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Tendo como base a Lei de Regulamentação da profissão (Lei n. 8662/1993), o Código de Ética de 1993, e os Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde, a pesagem de usuários não representa competência e nem atribuição do assistente social. Desse modo, corrobora-se com Iamamoto (2007b) perante a necessidade de um profissional que possua competência para propor e negociar seus projetos no espaço ocupacional, defendendo sua área de exercício profissional, bem como as atribuições que lhes são demandadas.

Quanto às demandas provenientes do Ministério Público de Sergipe via Secretaria Municipal de Saúde, as assistentes sociais entrevistadas explanaram realizar visitas sociais e elaborar relatório social, tendo como objetivo apresentar, de forma descritiva, as expressões da “questão social” relacionada à violência contra idosos e crianças e adolescentes, especialmente. No que se refere ao controle social, as assistentes sociais participam desenvolvendo atividades no Conselho Local de Saúde (CLS) das USF's, naquelas com

conselhos ativos, o desempenhar dessa ação é colocado por Costa (2009) como mobilização e participação social, e por Mioto e Lima (2009) como processos político-organizativos.

O Ministério Público, ele demanda muito relatório para mim, e eu tenho que sair para poder fazer visita social, para poder responder essa demanda que envolve principalmente casos de violação de direitos contra idosos e crianças e adolescentes né, como já disse. Então a gente responde por meio de relatórios, fazendo os relatórios [...] No caso dos conselhos, a gente organiza as reuniões, o local, a data, o horário, fica a frente mesmo, na maioria das unidades, acredito (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Compreende-se que as demandas requisitadas pelos usuários e pela instituição no campo da saúde pública, especificamente nas USF's de Aracaju/SE, estão consubstanciadas ao fazer profissional, desse modo, concorda-se que o assistente social “[...] cumpre um papel fundamental como instrumento viabilizador de condições objetivas para a realização do processo de trabalho em saúde e, principalmente, para tornar possível o acesso dos segmentos excluídos do próprio serviço existente, constituindo-se numa espécie de elo invisível” (COSTA, 2009, p. 337).

Assim, acerca das demandas colocadas, as assistentes sociais entrevistadas concluem que são reflexos da ofensiva neoliberal na política de saúde, posto que esse contexto

[...] fragmenta e autonomiza a realidade social [...] transforma a “questão social” em “problemáticas” isoladas, as contradições estruturais em “disfunções” individuais, as consequências em causas, a “demanda social” em “demanda por serviços institucional-profissionais”, os processos mediatizados pelas lutas de classe em questões imediatas e emergenciais [...] Pede-se ao assistente social [...] respostas imediatas a demandas emergenciais (MONTAÑO, 2009, p.106).

Não há dúvidas de que a consolidação dos ideários neoliberais, no âmbito da saúde, estão direcionadas para o projeto de saúde privatista, uma vez que o SUS vem sendo operacionalizado mediante contradições, não sendo efetivo, como já abordado no capítulo II, requisitando, assim, respostas rápidas e emergentes ao assistente social. Essa conjuntura presente no exercício profissional no campo da saúde é perpassada por relações de forças, as quais internalizam e defendem os interesses da lógica privatista e, conseqüentemente, do capital.

Em referência às respostas das profissionais participantes da pesquisa infere-se que, apesar das demandas encaminhadas às mesmas serem permeadas por contradições e pelas

condições objetivas em que ocorre a atuação profissional serem perpassadas também por implicações, pressupõe-se que as assistentes sociais conseguem de modo incipiente desenvolver experiências exitosas, consubstanciadas nas próprias respostas profissionais dadas as demandas apresentadas no exercício profissional, isto é, trata-se de experiências exitosas que estão relacionadas a resolutividade da ação profissional das assistentes sociais, que direcionam para alguns princípios do Código de Ética de 1993 do Serviço Social, os quais estão sinalizados para o PEPSS e para o projeto de saúde pautado na Reforma Sanitária, como especialmente: posicionamento a favor da equidade e justiça social, que assegure na perspectiva da universalidade o acesso a bens e serviços no que diz respeito aos programas e políticas sociais; e defesa a favor dos direitos humanos (CFESS, 2012).

Esses princípios articulam-se na atuação das assistentes sociais entrevistadas e sinaliza enquanto experiências exitosas no exercício profissional que direcionam para a concretude do PEPSS, na medida em que as mesmas respondem às demandas, respostas sinalizadas de forma detalhada anteriormente, visando assegurar o acesso dos usuários a programas realizados ou interligados ao âmbito institucional como, por exemplo, Bolsa Família; quando encaminham tais indivíduos também para a política de assistência social, como estratégia de atender as suas necessidades sociais imediatas; assim como quando buscam identificar os recursos existentes na instituição e viabilizam o uso dos mesmos pelos usuários, entre outros. Como pode ser constatado no depoimento a seguir:

[...] o transporte social vem muito para a gente também. A gente agenda na Secretaria Municipal de Saúde né, solicita o transporte para as pessoas acamadas, paraplégicas, que não dá para ir em outro carro [...] Documentos, usuários que chegam aqui sem os documentos, a gente encaminha também para o instituto de identificação [...] Situação de extrema vulnerabilidade social, de pobreza, a gente faz inclusive pequenos relatórios, já encaminha com relatório para o CRAS. No caso da saúde mental, a gente encaminha muito para o CAPS, inclusive situações que envolvem álcool e drogas também, são ações desenvolvidas por nós que buscar efetivar viabilizar o direito do usuário né, eu acredito (TAINARA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

No entanto, é preciso ampliar as respostas das assistentes sociais participantes da pesquisa voltadas ao projeto de saúde da Reforma Sanitária e ao PEPSS, pois as demandas dos usuários e institucionais têm sido respondidas em sua maioria nas abordagens individuais, na imediatidade, de forma emergencial e fragmentada, como constatado, considerando que isso leva ao predomínio de possíveis tendências da atuação profissional das entrevistadas consubstanciadas no conservadorismo, no pragmatismo, no praticismo, no imediatismo.

Dessa maneira, as respostas das assistentes sociais participantes da pesquisa, para serem solidificadas de fato à ampliação do projeto profissional da profissão e ao projeto de saúde emancipatório necessitam

[...] transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde (CFESS, 2014, p.41).

Assim, conforme Vasconcelos (2009), as respostas das profissionais poderão superar as ações individuais, burocráticas, acríticas e repetitivas no exercício profissional. Destaca-se, ainda, que para a superação das respostas profissionais imediatas, emergenciais e centradas nas abordagens individuais, é preciso tornar efetiva a educação permanente das assistentes sociais, assim como a aproximação com discussões fundamentadas na teoria social crítica e o desenvolver da dimensão investigativa, pontos que encontram-se fragilizados no tocante à dimensão teórico-metodológica/produção de conhecimento das profissionais pesquisadas. Reforça-se nestes quesitos, porque adensa elementos para a autonomia profissional e para a materialidade do PEPSS. Ademais,

[...] quanto mais aproximada for a leitura da realidade, quanto maior for o domínio pelo referencial heurístico crítico dialético, quanto maior clareza tiver sobre as finalidades/objetivos das ações [...] maiores serão as possibilidades de o profissional se vincular à esfera humano-genérica (GUERRA, 2007, p.18).

A apreensão da importância dessa questão para a atuação das assistentes sociais pesquisadas é crucial, uma vez que o rigoroso trato teórico tende a possibilitar a compreensão dos limites que permeiam a intervenção profissional e o entendimento do usuário em sua totalidade social. Além disso, a relação existente entre atuação profissional das assistentes sociais e a materialização do PEPSS coloca como requisito fundamental a necessidade ainda de percepção crítica, por parte das profissionais, as demandas que são encaminhadas ao Serviço Social pela conjuntura atual, as quais são atravessadas na saúde pela disputa entre o projeto de saúde privatista, embasado na ofensiva neoliberal, e o da Reforma Sanitária, como já enfatizado.

Assim, “[...] exige uma análise crítica e teoricamente fundamentada do trabalho realizado na trama dos interesses sociais que o polarizam [...] que permitam potencializar os

direitos sociais nos diversos espaços sócio-ocupacionais em que atuamos” (IAMAMOTO, 2008b, p.12). Dessa forma, é justamente também a teoria social crítica que irá oferecer fundamentos para a reflexão das demandas apresentadas, possibilitando, assim, respostas críticas e propositivas.

Ainda nesse processo de análise das demandas e respostas das assistentes sociais que encontram-se inseridas nas USF's de Aracaju/SE, salienta-se que foi questionado como as mesmas avaliam as demandas encaminhadas e postas ao Serviço Social e todas relataram ser demandas: pragmáticas, burocráticas, imediatas, paliativas, pontuais, focalizadas e maiores que a possibilidade de atendimento. Dentre essas, a partir dos depoimentos, foi constatado que se sobressaem as demandas burocráticas, pragmáticas e imediatas, sendo o atendimento realizado mais as demandas imediatas, ou seja, espontâneas, como observado:

São demandas imediatas, maiores que a possibilidade de atendimento, pontuais, focalizadas, burocráticas, pragmáticas, paliativas. Agora as imediatas, pragmáticas e burocráticas são mais frequentes, principalmente as imediatas, é tudo para você dá solução para ontem (TAINARA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Olha, a gente tem todo tipo de demanda aqui: pragmática, burocrática, imediata, paliativas, pontuais, focalizadas, maiores que a possibilidade de atendimento. Eu acho que imediatas são mais, espontâneas né, porque é tudo tão corrido, chega, chega, apaga fogo né [...] (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

As demandas aqui são: pragmáticas, imediatas, burocráticas, paliativas, maiores que a possibilidade atendimento. E afirmo que são mais imediatas, espontâneas, porque hoje mesmo, por exemplo, de manhã fiz um relatório para o Ministério Público e paralelo ao relatório, acho que atendi umas 12, 15 pessoas. Então, assim é difícil para você fazer uma escuta qualificada, termina às vezes sendo um trabalho mecânico, repetitivo, por mais que você queira fazer algo qualificado, fica difícil (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Diante disso, ao cruzar esse resultado com as análises já realizadas acerca das demandas e respostas das profissionais participantes da pesquisa, constata-se a confirmação da hipótese da presente pesquisa, qual seja: depreende-se a prevalência na área da saúde o predomínio das seguintes demandas encaminhadas ao Serviço Social: burocráticas, imediatas, pragmáticas, as quais determinam a atuação profissional das assistentes sociais. Mediante essa conjuntura, as assistentes sociais encontram dificuldades para materializar o PEPSS no campo da saúde pública. Por outro lado, infere-se que experiências exitosas, mesmo permeadas por

contradições, vêm se constituindo como respostas profissionais que direcionam para a concretude do PEPSS.

Outro aspecto importante abordado refere-se ao trabalho com grupos nas USF's, assim observou-se que 37,5% das assistentes sociais conseguem desenvolver atividades com grupos, de modo que essas profissionais atuam majoritariamente com grupos de idosos e gestantes; e 62,5% relataram não conseguir trabalhar com grupos, devido especialmente à ausência de recursos financeiros e materiais para a execução de algumas atividades, bem como ao perfil das demandas, as quais concentram-se em imediatas. Como pode ser constatado nos depoimentos que se segue:

Olhe, o espaço físico aqui da unidade acaba limitando ações em grupos, além disso, para desenvolver as atividades, mesmo que sejam apenas palestras, a gente precisa dinheiro, de material, porque é um atrativo né, por exemplo, o lanche chama, atrai. Então, é difícil manter grupo fechado [...] (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

As atividades de educação em saúde, quem está realizando é o NASF, e assim, quando tem datas especiais né, datas comemorativas, vamos ter o outubro rosa agora, acho que NASF irá programar algo [...] Assim, os médicos já não participam, há muito tempo as enfermeiras que participavam, agora só participam se forem convidadas para atividades específicas, mas não se tem mais aquela prática né, grupos de gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos. Sem material e recurso, é impossível. Sem falar que as demandas aqui são imediatas, como eu estava lhe falando, os usuários chegam aqui relatando que precisam de medicamentos, que não tem na farmácia, que as fraldas não chegaram, a gente precisa resolver. Então o tempo passa e eu acabo resolvendo mais estas coisas (LUMA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Como observado, a atuação da maioria das assistentes sociais em grupos encontra-se comprometida, haja vista são espaços coletivos em que devem ser desenvolvidas também as reflexões sobre educação em saúde. Assim, constata-se que as condições objetivas limitam a atuação profissional das assistentes sociais no que se refere a atividades coletivas, pois os recursos financeiros destinados à APS são insuficientes, implicando na manutenção de grupos, como relatado por parte considerável das profissionais.

A importância da inserção das assistentes sociais em atividades com grupos refere-se ao fato de concretizar o momento reflexivo de prevenção e promoção da saúde, em conjunto com os demais profissionais que compõem a equipe de saúde nas USF's. Neste sentido, como explanado pelas assistentes sociais, nas USF's em que não se têm atividades com grupos específicos, no tocante ao processo de educação em saúde, essa atividade acontece mais por

meio do NASF, especialmente em datas alusivas, como: outubro rosa, novembro azul, entre outras, e para o desenvolver dessas ações, arrecadam recursos próprios, na maioria das vezes.

Desse modo, a minoria das assistentes sociais que relataram conseguir manter o trabalho em grupo afirmaram fazer uso também de recursos próprios para desenvolver a maioria das atividades, além de firmar parcerias com o NASF.

Aqui a gente tá conseguindo manter o grupo de idosos né. Nesse grupo de idosos a gente trabalha todas temáticas de promoção da saúde, todas as temáticas. Amanhã mesmo na reunião a gente vai trabalhar saúde bucal, vai ser saúde bucal. Para manter esse grupo é difícil, porque não há um investimento mínimo, amanhã nos vamos fazer o encontro, e terá café da manhã, nós que iremos levar. Vira e volta tem que ofertar algo para o grupo, sem investimento é difícil manter o trabalho com grupo. Então a gente usa recurso próprio, muitas vezes, e desenvolve as atividades em conjunto com o NASF também (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

As profissionais explanaram realizar ações educativas, com os idosos e gestantes, democratizando principalmente trocas de conhecimentos. No entanto, Vasconcelos (2009) chama atenção para o fato de que essas ações desenvolvidas pelas assistentes sociais, condizentes com o PEPSS, precisam ser pautadas também na organização e no fortalecimento dos usuários enquanto sujeitos políticos, de modo a priorizar a lógica reflexiva nestes espaços coletivos, compreendendo a saúde na perspectiva coletiva e não no caráter individual, superando o simples divulgar de informações.

Com o objetivo de expandir o conhecimento das ações de mobilização social e participação social, foi verificado que estas ocorrem, principalmente, por meio dos CLS, ou seja, no campo do controle social, não se expandido para organizações populares e movimentos sociais existentes no território, no caso daqueles que possuem. Assim, conforme depoimentos das assistentes sociais pesquisadas, cada USF deve ter um CLS ativo. Todavia, foi constatado que nem todas as USF's nas quais estão inseridas as profissionais possuem CLS ativo, desse modo, 62,5% encontram-se ativos e 37,5%, não. As assistentes sociais acentuaram a composição do CLS, conforme as mesmas, tal conselho é composto por prestadores de serviços, trabalhadores, gestão e usuários, sendo paritário 50% deve ser de usuários e 50% de profissionais da USF's.

Nas USF's em que o CLS estão ativos, foi verificado que a inserção dos usuários neste processo político-organizativo ocorre por meio da mobilização da comunidade através dos agentes de saúde, dos próprios participantes, ou seja, conselheiros e também por intermédio dos murais de avisos das USF's, nestes são atualizados o cronograma das reuniões do

conselho, as quais acontecem uma vez por mês, e pela identificação de usuários que demonstram ou tenham perfil para estar inseridos nas atividades desenvolvidas pelo CLS.

Os agentes de saúde levam os convites, só que tem agente de saúde que leva, outros que não, bem assim é quando a gente pede aos próprios conselheiros para fazer a mobilização, alguns fazem, outros também não. Além disso, colocamos o aviso aqui no mural da unidade de saúde, em grupos de WhatsApp né também, é um desafio [...] (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Na semana da reunião, a gente faz um texto convocando os conselheiros, entrega para eles. A gente faz também uns cartazes menores e coloca nos murais da unidade, convidando a comunidade. Além disso, a gente tem conversado também com os usuários que a gente ver que tem um perfil mais crítico, que pode sugerir, ou que reclama mais das coisas. É assim que a gente tenta sensibilizar a comunidade para participar dessas reuniões (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Como observado, o trabalho de mobilização da comunidade é um desafio no fazer profissional, uma vez que está vinculado, principalmente, aos agentes de saúde e aos conselheiros que já participam das reuniões do CLS, de modo que nem sempre se consegue realizar um trabalho efetivo de sensibilização dos usuários. Essa dificuldade, no caso específico dos agentes de saúde, está imbricada ao fato de que, conforme Bravo e Matos (2008), os mesmos não possuem uma formação adequada para desenvolver suas atividades no âmbito do SUS. Assim, é preciso o incentivo de capacitações para os agentes de saúde, a partir de discussões solidificadas no viés crítico, levando a compreensão do SUS numa perspectiva de totalidade, isso resultará em ações que enfatizem a importância da comunidade nos espaços democráticos, como no CLS.

Outro ponto enfatizado pelas assistentes sociais é que, apesar da mobilização social, incentivando a participação da comunidade nas atividades do CLS que estão ativos ser realizada, ainda que permeada por contradições acima assinaladas, o quantitativo de usuários presentes nas reuniões é mínimo.

A gente mobiliza, como eu disse, mas nas reuniões do conselho local de saúde da unidade, a população não é muita participativa. Essa unidade possui os menores índices de participação da comunidade. Tem que ter 50% de participação dos trabalhadores e prestadores de serviços e 50% dos usuários, pelos menos 8 representantes dos usuários e nem preenche esse número, viu (TAINARA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

A gente tem tido dificuldade de obter a participação dos usuários, a gente faz convocação, pelos meios que falei, mas a gente sente o esvaziamento da

parte dos usuários [...] A gente não consegue identificar lideranças na comunidade que queiram vir né, tem tido essa dificuldade, mas o conselho está ativo (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Esse contexto pode ser reflexo da contrarreforma do Estado, consubstanciada no ideário neoliberal, o qual interfere na atuação das profissionais também neste sentido, uma vez que fragiliza ações de mobilização e participação social no que tange os usuários dos serviços. Como já debatido no capítulo II, a partir da década de 1990, os direitos sociais e as políticas sociais foram banalizados, passando a prevalecer a precarização dos serviços de saúde, de assistência, entre outros, bem como das relações sociais e trabalhistas, ademais, a partir de tal década as questões referentes à mobilização e participação dos usuários nos espaços democráticos foram fragilizadas, conforme aponta estudos de Montañó e Duriguetto (2011). Isso traz rebatimentos negativos para que a população usuária do SUS participe de espaços democráticos, como o CLS, penalizando a possibilidade de participação da mesma nestes canais, visto que tende também a ocasionar estado de imobilização da população, desmotivação, no que se refere a ampliar e participar de lutas democráticas, frente à desconstrução que vem ocorrendo com os direitos sociais e políticas sociais conquistadas na conjuntura atual, como a saúde pública.

Nesse processo, as assistentes sociais que estão inseridas nas USF's e que não têm o CLS ativo, explanaram também que além dos limites de sensibilizar os usuários a participar deste canal, existe também o fato da equipe de saúde da unidade não considerar os trabalhos realizados neste espaço como importantes, bem como afirmar a ausência de tempo disponível para tais atividades, devido à quantidade de demandas diárias.

O conselho de saúde daqui não tá ativo, não tem reuniões né, mas a gente já teve um conselho atuante. Só que atualmente os profissionais foram desmobilizando, penso assim. Eu só sei que não funciona, principalmente, porque os usuários não participam, e também porque a maioria dos profissionais não tem interesse nenhum, não acham importante, acha que é chato, que a demanda expressiva aqui da unidade não permite desenvolver as atividades que precisam para o funcionamento do conselho [...] e o conselho acabou que não existe mais [...] tem uns dois anos já que não funciona (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

No que se refere especificamente à equipe de saúde, destaca-se a necessidade de superar tais limites, pois os mesmos contribuem para a fragmentação da concepção do SUS consolidado na Reforma Sanitária. Percebe-se que, desse modo, estes profissionais contribuem para reproduzir a lógica do projeto de saúde privatista, assim como o imobilismo

da população usuária dos serviços de saúde pública no que tange à participação nos espaços democráticos.

O papel desempenhado pelas assistentes sociais nos CLS, nas USF's de Aracaju/SE, que possuem o mesmo ativo, centra-se, especialmente, em desenvolver funções de secretárias e conselheiras, bem como desempenhar atividades que visam ao assessoramento dos conselhos, tal atuação mostra-se compatível com o que é preconizado no Código de Ética de 1993, na Lei de Regulamentação (Lei nº 8662/93), nas Diretrizes Curriculares de 1996 e nos Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde. Assim, a atuação das assistentes sociais nestes espaços é fundamental, pois coaduna também com o PEPSS e o projeto de saúde da Reforma Sanitária, uma vez que o primeiro tem como princípio a ampliação e consolidação da cidadania, a defesa da democracia enquanto socialização da participação política, a gestão democrática dos serviços e programas desenvolvidos no âmbito das políticas sociais, bem como enfatiza enquanto dever do assistente social colaborar com o acesso dos usuários nos canais democráticos, também no âmbito institucional (CFESS, 2012 apud NOGUEIRA; MIOTO, 2009). Já o segundo, acentua a participação da comunidade nos espaços democráticos como princípio constitucional, fazendo-se presente na Lei nº 8.080/1990 e na Lei nº 8.142/1990.

Todavia, ressalta-se a necessidade das profissionais entrevistadas fortalecerem ainda mais o CLS nas USF's em que são ativos, porque são espaços permeados por correlações de forças, representando momentos de lutas. Desse modo, é preciso que as profissionais entrevistadas desempenhem ações de capacitações dos usuários e demais participantes do CSL, para que assim sejam aprimoradas as habilidades políticas dos mesmos, não se pode limitar a atuação das assistentes sociais nestes canais apenas aos encontros das reuniões mensais, posto que isso é também uma implicação para a materialização do projeto profissional do Serviço Social.

No tocante às unidades que estão com este espaço inativo, ressalta-se que as assistentes sociais devem apreender elementos que permitam reativar o conselho, uma vez que é por meio da realidade contraditória perpassada no âmbito institucional que as possibilidades existem. Haja vista, nos CLS, “[...] a sociedade civil também é interpelada a modificar-se, a construir alianças em torno de pautas coletivas, a transcender a realização de interesses particularistas e corporativistas, convocada ao exercício de mediações sociais e políticas para o atendimento de demandas populares” (RAICHELIS, 2009, p.83).

Ainda com o objetivo de responder o objeto de estudo do presente trabalho, foi questionado às assistentes sociais quanto à organização do processo de trabalho. Dessa

maneira, foi solicitado às profissionais que falassem acerca do objeto que incide sua ação, ou seja, o que consideram como seu objeto de trabalho. Acentua-se que somente uma assistente social entrevistada não soube responder, todas as demais explanaram ser o objeto de trabalho as diversas expressões da “questão social” presentes no âmbito da saúde, como pode ser observado nas falas:

Sem dúvida o meu objeto de trabalho são os condicionantes e determinantes sociais que interfere no binômio saúde doença. Então o nosso objeto de trabalho é a questão social, que se apresenta de diversas formas, como aqui é uma unidade de saúde, em geral é vinculado à saúde, mas também têm outras questões vinculadas ao trabalho, a assistência e aí vai direcionando nosso fazer (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

As expressões da questão social né relacionadas à saúde, na verdade as políticas públicas de uma forma geral em que a saúde dialogue, entendeu? Porque na verdade não é só a saúde, se for saúde compreendida num sentido mais amplo, parte da concepção de que saúde é ter acesso a transporte, a moradia, a alimentação, então é tudo isso. É com as expressões da questão social nestes elementos que estão relacionados à saúde que preciso trabalhar né (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

O nosso objeto de trabalho são as expressões da questão social né, no nosso caso, as expressões que estão ligadas a saúde, é a dificuldade de acesso a saúde de uma maneira geral, aos serviços de saúde né (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Essa compreensão por parte da maioria das assistentes sociais é significativa, pois demonstra que as profissionais, apesar dos desafios no tocante à dimensão teórico-metodológica, possuem competência para entender como a “questão social” materializa-se no espaço sócio-ocupacional, isto é, conseguem apreender os determinantes sociais que interferem no processo saúde. Isso quer dizer que esse entendimento apresenta-se como possibilidade para uma atuação profissional que coaduna com o PEPSS e com os princípios da Reforma Sanitária, pois permite também estabelecer estratégias de intervenção fundamentadas nos projetos mencionados. Por certo, as profissionais devem permanecer compreendendo “[...] a questão social em múltiplas expressões [...] experienciada pelos sujeitos em suas vidas cotidianas” (IAMAMOTO, 2007a, p.62). Ademais, como ressaltado no capítulo I, a “questão social”, a partir das Diretrizes Curriculares de 1996, passou a ser compreendida pelo importante da atuação profissional do assistente social pautada no viés crítico.

Como também já discutido no capítulo I, os homens agem de forma teleológica, isto é, possuem a capacidade de projetar finalidades, construir no âmbito da consciência,

determinada forma que será objetivada no concreto, como resultado projetado da sua prévia ideação. Nesta perspectiva, foi questionado às entrevistadas se planejam as intervenções, 75% relataram não conseguir planejar todas as ações, porque como já constatado, a maioria das demandas colocadas as profissionais são imediatas, espontâneas, exigindo também respostas rápidas. As intervenções que são planejadas, segundo essas participantes, prevalece na maioria das situações no acompanhamento do Bolsa Família e nas situações voltadas à violação de direitos de idosos, crianças e adolescentes, pois realizam visitas domiciliares.

Não consigo planejar não, trabalho muito com demanda espontânea, é quase impossível, eu faço relatórios para o Ministério Público, e como eu já lhe disse, paralelo a isso vou atendendo. Então assim, planejar ações, atividades com demandas que são mais imediatas é complicado, não tem como planejar, eu não planejo: amanhã farei isso, aquilo; é de acordo com o que chega mesmo (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Então, a única coisa que eu faço planejado, principalmente, é o atendimento do Bolsa Família e as visitas, até porque aqui tem muita demanda variada, imediata, não tem como planejar. O bolsa Família eu estou com muito medo, nós temos muitas áreas descobertas, e essa população pode vir a perder o benefício [...] a gente planeja mais essa ação de acompanhamento desse programa e as visitas. (LUMA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Olhe, o planejamento das atividades é difícil [...] acontece de quando o usuário vem e a gente busca responder a demanda apresentada né, porque a gente trabalha muito com demanda espontânea. As pessoas vêm através de demandas que são espontâneas, algumas a gente passa a acompanhar agendando né, mas a demanda principal é a espontânea, o usuário vem e procura. Não existe planejamento estabelecido das atividades, só mais o bolsa e visitas. Eu acho que é difícil de acontecer isso também porque a gente trabalha com outro tipo de demanda, diferente, por exemplo, do médico e do enfermeiro (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Como observado, a maioria das intervenções constituem ações imediatas, devido ao perfil das demandas, haja vista essas determinam também a atuação profissional das assistentes sociais, como já mencionado no trabalho. Assim, são ações que acontecem, muitas vezes, de forma isolada, a partir de atendimentos individuais, a demandas espontâneas. Esse contexto também apresenta-se como desafiante para a atuação das assistentes sociais na perspectiva da materialização do PEPSS na conjuntura contemporânea, pois

[...] é ao projetar suas ações que os profissionais se transformam em “*recurso vivo*”, podendo, assim, contribuir com os usuários na busca por *transformações das suas condições de vida e de trabalho*, ou seja, promover a saúde. É neste sentido que podemos identificar um profissional propositivo e não passivo (VASCONCELOS, 2009, p.258, grifos do autor).

O planejamento, nesta lógica, é elemento central para o enfrentar das implicações que permeiam a atuação das profissionais neste quesito, visto que as mesmas não estão conseguindo tecer determinações que ultrapassem a forma como as demandas são respondidas, o que pode ocasionar o fazer profissional sem alcances de fins, objetivos, até mesmo com cariz conservador. É preciso transpor as demandas espontâneas, como já apontado anteriormente neste estudo, desenvolver o caráter reflexivo das mesmas e assim tornar possível o planejamento das intervenções. Segundo Mioto e Lima (2009), o planejamento precisa ainda estar ancorado na teoria social crítica, a qual norteia a atuação dos assistentes sociais, assim como no PEPSS, de modo a reafirmar seus princípios.

Após compreender a importância do processo de planejamento para a atuação das assistentes sociais entrevistadas, corrobora-se que “[...] os instrumentos e técnicas são mediações através das quais o assistente social objetiva seus projetos, ou seja, “lança mão” destes para efetivação da ação no conjunto das relações sociais” (SARMENTO, 2013, p.119). Destarte, foi questionado às assistentes sociais quais os principais instrumentos utilizados no desempenho de sua atuação profissional, dessa maneira foram identificados: a linguagem, a entrevista individual, reuniões, visitas domiciliares e formulários padronizados da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/SE.

A linguagem oral foi apontada por todas as profissionais como o principal instrumento utilizado, através dele que as assistentes sociais realizam o acolhimento e a escuta, estabelecendo produção de vínculos com os usuários.

A linguagem aqui é o nosso principal instrumento né, porque através dela a gente consegue dialogar com o usuário, conhecer melhor a demanda e estabelecer confiança com ele. É engraçado que eles, os usuários, têm um vínculo muito bom, porque a maioria fala com muita tranquilidade de problemas tão sérios, eles têm muita confiança e eu fico pensando que é muita responsabilidade nossa também, porque no momento que alguém fala alguma coisa pra você, você precisa dar um retorno pra aquilo né (BIANCA ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Temos vários instrumentos né, as visitas, as entrevistas, mas o principal mesmo é a linguagem, porque eu faço a escuta da demanda, e depois a depender eu posso falar para o usuário, por exemplo: olha você tem a defensoria pública, sabe. Meu principal instrumento é a fala mesmo, é um instrumento pedagógico, através dela tenho o poder [...] (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Diante disso, segundo Iamamoto e Carvalho (2014), é por meio da linguagem que as assistentes sociais conseguem realizar uma atuação profissional também coaduna com o PEPSS, através de um discurso ideológico e de ações que expressem o auxílio a posicionamentos favoráveis a construção de nova ordem societária ainda no campo da saúde. É também mediante o uso da linguagem que as profissionais entrevistadas podem contribuir para a ampliação da autonomia, potencializando a luta e o movimento político dos usuários em prol, por exemplo, da democracia de acesso aos serviços de saúde na perspectiva de direito. Isso quer dizer que por intermédio do uso da linguagem as assistentes sociais podem atuar tanto a favor do PEPSS, como dos princípios da Reforma Sanitária.

O Serviço Social, como uma das formas institucionalizadas de atuação nas relações entre os homens no cotidiano da vida social, tem, como instrumento privilegiado de ação, a *linguagem* [...] Trata-se de uma ação global de cunho sócio-educativo ou socializadora, voltada para mudanças na maneira de ser, de sentir, de ver e agir dos indivíduos [...] (IAMAMOTO; CARVALHO, 2014, p. 122, grifos dos autores).

No caso da entrevista, as participantes da pesquisa explanaram também fazer uso desse instrumental durante toda a atuação profissional, pois assim como a linguagem, a entrevista é um dos instrumentos determinante do fazer profissional. As entrevistadas relataram que o uso desse instrumento significa momento de construção de conhecimento acerca das necessidades sociais de saúde dos usuários, uma vez que neste momento traçam o perfil socioeconômico dos usuários, apreendendo as dificuldades de acesso dos mesmos aos serviços de saúde no âmbito institucional.

Além da linguagem né, quando a gente faz a entrevista, a gente consegue também conhecer a necessidade daquele usuário, ouvir, direcionar a demanda mesmo. Através da entrevista a gente estabelece o perfil social e econômico do usuário, e faz orientações gerais. É um tempo de escuta, e na entrevista também você acaba percebendo que tem outras demandas por trás da que foi colocada, entendeu, porque normalmente a demanda que eles trazem, muitas vezes não é a principal demanda deles, aí quando você vai ver tem outras demandas. Sendo assim, a entrevista é fundamental né (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

[...] com a entrevista a gente faz nossos encaminhamentos né, porque podemos ouvir o usuário. É mediante a entrevista que eu encaminho para o CRAS, para o CAPS, por exemplo [...] Faço uso diário da entrevista, mesmo que seja rápida, não abro mão desse instrumento (TAINARA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Neste sentido, afirma-se que, a partir da entrevista, as profissionais buscam atender as demandas, realizam encaminhamentos e orientações aos usuários. Foi constatado que, ao utilizarem esse instrumento, as assistentes sociais participantes da pesquisa possuem sala de atendimento destinada a uso exclusivo das mesmas nas USF's. Destaca-se que somente uma assistente social entrevistada relatou ainda não possui sala de atendimento definida na unidade, assim no caso específico dessa, a mesma ainda encontra limites para a realização dos seus atendimentos, bem como para a realização das entrevistas, visto que na USF vive à procura de salas livres e disponíveis para desenvolver o exercício profissional, não tendo o direito de condições de trabalho condignas, as quais são amparadas no Código de Ética de 1993 e na Lei de Regulamentação da profissão vigente, para assim poder garantir qualidade de atendimentos.

Faço uso da linguagem, da visita, da entrevista e outros que já disse anteriormente né, mas no caso da entrevista é difícil, eu não tenho sala estabelecida aqui, estou me adaptando, cada dia faço um rodízio, cada dia estou num canto diferente, as condições acabam limitando o uso da entrevista no caso né, porque sem sala fixa é difícil também fazer entrevista (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Porém, é importante que as profissionais entrevistadas compreendam o uso da entrevista como instrumento que se encontra interligado ao PEPSS e ao projeto de saúde da Reforma Sanitária, haja vista que tal instrumental expressa também momento de correlação de forças. Logo, “[...] a entrevista é o estabelecimento de um diálogo que vai se realizando à medida em que vamos desvelando o real, o concreto e ampliando a consciência crítica ou reduzindo a alienação dos entrevistados e do próprio assistente social” (SARMENTO, 2013, p.122). Ou seja, a partir da entrevista, é possível desenvolver uma atuação profissional na perspectiva dos projetos referenciados, percebendo a demanda para além de sua imediatividade.

No tocante às reuniões, as assistentes sociais relataram que fazem uso desse instrumento, na maioria das vezes, apenas com os usuários do Bolsa Família e nas USF's que possuem grupos, principalmente. No caso do Bolsa Família, as entrevistadas falaram que este momento é realizado tendo como objetivo transmitir a divulgação do calendário das atividades específicas do programa e poder ampliar o mapa de cobertura das famílias. As profissionais explanaram ainda dificuldade de ampliar o uso desse instrumental, pois existe uma baixa aderência de participação dos usuários, de modo que só é possível realizar reuniões

de forma mais abrangente com os usuários do citado programa social, haja vista que para garantir a permanência no Bolsa Família, é preciso atender às condicionalidades de saúde, como já apontado neste estudo.

As reuniões a gente centraliza no bolsa que é nosso foco principal, no caso são as famílias que recebem o bolsa devido ao grau de vulnerabilidade que elas vivem né. Então a gente centraliza neles, até porque se você tentar ampliar o leque de reuniões com demais usuários, não acontece, porque eles não veem mesmo. No caso do bolsa a gente faz para repassar informações sobre os dados cadastrais necessários né (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Em relação às poucas USF's que possuem grupos, as assistentes sociais referiram desenvolver reuniões promovendo palestras, em conjunto com a equipe multidisciplinar, sobre condições de saúde, buscando mobilizar os usuários a desempenhar posicionamentos individuais e até mesmo coletivos de promoção à saúde.

Nas reuniões do grupo, a gente faz orientações individuais e até mesmo coletivas né, sobre prevenção de doenças, de direitos sociais, oficinas educativas, em conjunto com a equipe né, sempre tentamos trazer outros profissionais de diversas áreas da saúde, principalmente [...] (TAINARA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Entretanto, Vasconcelos (2009) chama atenção para o fato de que é necessário ultrapassar também o espaço da reunião como simples momento de propagação de informações, é indispensável tornar ainda esta ocasião reflexiva, para além de palestras, isso cria também possibilidades de solidificar estratégias para democratizar os espaços institucionais e politizar os usuários a favor do acesso aos direitos sociais e políticos, enfatizando a autonomia dos mesmos e direcionando, assim, a atuação das assistentes sociais na perspectiva do PEPSS e do projeto sanitário no contexto contemporâneo.

As visitas domiciliares são utilizadas pelas entrevistadas para atender as demandas, essencialmente de solicitação de fraldas, medicamentos não padronizados e para o requerimento de acompanhamento, por parte do Ministério Público, Tribunal de Justiça e Conselho Tutelar, a idosos e crianças e adolescente em situação de vulnerabilidade social e econômica, como já discutido anteriormente neste trabalho, com o objetivo de expandir o conhecimento sobre a realidade da família, do próprio usuário. Após o uso desse instrumento, é elaborado o relatório social sucinto, conforme depoimentos. As visitas domiciliares,

segundo relato das assistentes sociais pesquisadas, acontecem, na maioria das vezes, com o agente de saúde, algumas outras com o enfermeiro ou médico, ou então de forma individual.

[...] as visitas se concentram mais nas demandas colocadas pelo Ministério Público, pelo Conselho, pelo TJ e para as questões de fraldas e medicamentos especiais né. A gente procura fazer visitas mais nestas situações, no caso do idoso, por exemplo, a gente procura fazer a visita para ver como aquele idoso é cuidado em casa. Geralmente elas acontecem com o agente de saúde, às vezes com o médico, enfermeiro, e também vou sozinha, a depender da localidade né, depois de um tempo consegue (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Enfatiza-se que ao fazer uso da entrevista domiciliar às assistentes sociais devem estar atentas para o fato de que esse instrumento também “[...] potencializa as possibilidades de conhecimento da realidade [...] e não o uso policaresco e disciplinador de reafirmação do poder de controle institucional [...] tem como ponto de referência a garantia de [...] direitos” (SARMENTO, 2013, p. 122), ou seja, esse instrumento também está consubstanciado ao PEPSS.

No que diz respeito aos formulários padronizados da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/SE, as assistentes sociais explanaram que para cada demanda existe um formulário específico, o qual deve ser preenchido, entre as demandas estão: acompanhamento do Bolsa Família, solicitação de fraldas, medicamentos não padronizados, planejamento familiar, entre outras. Diante disso, ressalta-se que as profissionais precisam utilizar os instrumentos para além da perspectiva tradicional, de modo a enfatizar o viés crítico dos mesmos, e consequentemente potencializar o projeto profissional do Serviço Social.

Foi questionado acerca da documentação utilizada pelas profissionais pesquisadas por entender que o ato de documentar não pode ser considerado insignificante. Assim, 75% das assistentes sociais realizam o registro dos atendimentos nos prontuários e 25% não, essas documentam suas ações somente no livro de ocorrências do Serviço Social e no registro de relatórios. Segue depoimentos das que registram no prontuário:

A gente usa os prontuários, eu acho mais fácil fazer todos os registros nos prontuários [...] Todos têm acesso né, então meus registros são nos prontuários (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Tudo que a gente faz fica no prontuário, fica no prontuário, o prontuário é único, tudo a gente arquiva, bota lá, o atendimento, a visita que fez. É documentação de acesso para todo mundo, até para o usuário. Inclusive se o usuário quiser a cópia, ele pode pedir a cópia desse documento, no caso do prontuário (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Eu sempre documento as ações nos prontuários, eu tenho muita clareza dessa minha atuação e eu acho que isso foi fruto talvez da minha formação, como eu falei, ainda algumas coisas eu tenho muito vivo na minha memória. Então eu atendo com o prontuário, eu acho que infelizmente grande parte da nossa categoria falha porque não registra no prontuário. Eu sempre tive essa prática, todas as unidades de saúde que já passei [...] tem registro meu. Principalmente uma situação dessa de requisição de relatório para o Ministério Público, qual o primeiro documento que a gente pega? O prontuário, então pelo prontuário você vai ver lá quantas visitas eu já fiz, os atendimentos que realizei junto aquele usuário, os encaminhamentos, tudo (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

As profissionais explanaram ainda registrar as ações no E-SUS da APS, o qual funciona como mecanismo de produtividade das assistentes sociais. Ressalta-se que esse sistema está conectado ao Departamento de Informática do SUS-DATASUS, que tem como finalidade organizar as informações de saúde no contexto da APS em âmbito nacional.

Ademais, todas as profissionais explanaram arquivar a documentação na medida possível, pois apesar da maioria ter sala de atendimento própria, não possuem computadores disponíveis, nem armários adequados para arquivar todos os documentos, quais sejam: encaminhamentos, declarações, relatórios sociais, entre outros. De antemão, constata-se que as profissionais não têm o direito resguardado de dispor de condições condignas no âmbito institucional, direito este garantido por meio dos aparatos legais, como: Código de Ética de 1993 e Lei de Regulamentação vigente. As estratégias utilizadas pelas assistentes sociais para guardar a documentação é, na maioria das vezes, arquivar relatórios de atendimentos nos computadores dos gerentes, alguns encaminhamentos nos armários e outras ações registrar nos livros de ocorrência e prontuários.

Não obstante, apesar de todas arquivarem os documentos e registrarem as ações, apenas uma assistente social sistematiza e organiza os dados de atendimentos, como já assinalado neste trabalho. Isso fragiliza a atuação das assistentes sociais a partir de um viés crítico e propositivo e consequentemente o PEPSS. Por conseguinte,

[...] a *documentação* [...] é essencial, tanto para o processo de conhecimento/investigação da realidade, como para a [...] sistematização e [...] planejamento [...] Além disso, os registros permitem congrega dados que podem resultar em avanços, tanto no momento em que se analisa a intervenção, procurando estabelecer novas prioridades, reconhecer as demandas, dentre outros, quanto no momento de reflexão crítica da realidade, dos espaços sócio-ocupacionais e de seus processos de trabalho, no intuito de ampliar o escopo de conhecimentos sobre a profissão e a sociedade (MIOTO; LIMA, 2009, p. 37, grifos dos autores).

Outro ponto relevante acerca da apreensão do objeto de estudo desta pesquisa refere-se à articulação intersetorial, de modo que foi perguntando às assistentes sociais como acontece a interlocução com a rede de serviços de saúde e com as demais políticas sociais, bem como os limites inseridos nessa conjuntura. Destarte, todas as assistentes sociais explanaram desenvolver a intersetorialidade na rede de serviços de saúde do município e nas demais que abrangem outras políticas sociais. No primeiro caso, as profissionais relataram que possuem e mantêm mais contato com os CAPS, e o nível secundário de atenção à saúde através do CEMAR, já em relação a outras políticas, o vínculo maior acontece com a política de assistência social, por meio dos CRAS e do Centro de Referência Especializado de Assistência Social- CREAS, foi constatado que a produção de vínculo com essas instituições, especificamente, é variável entre as profissionais.

A gente consegue desenvolver a intersetorialidade, a gente articula muito, porque não é só o encaminhar, é você articular com as redes e você garantir que esse acompanhamento dessa situação ou da família seja feita, seja feita de maneira conjunta, então a depender da situação você acaba articulando várias redes para um caso só. Mas aqui eu, por exemplo, mantenho mais relação com o CAPS, já com assistência mantenho mais com o CRAS do que com o CREAS (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Então dentro da própria saúde, dentro dos vários níveis de atenção, acho que eu consigo avançar um pouco mais. Porque, por exemplo, hoje em dia eu consigo ter uma lista aqui dos usuários que estão vinculados ao CAPS né, o CAPS do meu território, que estão vinculados ao CEMAR [...] Se o usuário é soro positivo, então eu vou lá faço articulação com a galera lá do CEMAR e vejo isso e tento manter essa lista, porque o acompanhamento, digamos, que seja limitado, devido a quantidade de demandas mesmo, principalmente [...] Tenho relação com CRAS, mas é muito frágil, muito frágil, com o CREAS tenho mais facilidade (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Eu mantenho contato com o CRAS, CEMAR e CAPS, mas acabando mantendo mais com o CRAS, porque tenho mais facilidade aqui né, devido às necessidades sociais dos usuários que chegam, então a gente tem como encaminhar para essa instituição né, a gente faz inclusive pequenos relatórios, já encaminha com relatório [...] Então assim, a gente tem que ter o contato cotidiano mesmo com as nossas redes aqui (LUMA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Como observado, é possível desenvolver a intersetorialidade, todavia, a ampliação da produção de vínculos com as entidades varia de acordo com as demandas encaminhadas às assistentes sociais e com a facilidade de manter rede articulada com as instituições, como explanado pelas profissionais. Além disso, acentua-se que a intersetorialidade não deve ser

restrita ao encaminhamento do usuário as diversas instituições, é preciso que exista um acompanhamento do mesmo pelos profissionais que estão inseridos na rede de serviços como, por exemplo, saúde e assistência, de modo a potencializar assim a articulação intersetorial. Neste sentido, sinaliza-se para a necessidade, por parte das assistentes sociais entrevistadas, de buscar fortalecer o acompanhamento dos usuários dos serviços de saúde nas demais instituições já mencionadas como CRAS, CAPS, entre outras. É possível observar ainda que as assistentes sociais não estabelecem a intersetorialidade com o nível terciário de saúde. Assim, acentua-se também a precisão de articular os três níveis de atenção à saúde, pois como já sinalizado neste estudo, os mesmos são imbricados.

É pertinente acentuar as principais dificuldades explanadas pelas profissionais para desempenhar a articulação intersetorial no exercício profissional, quais sejam: as condições de trabalho em que estão inseridas as assistentes sociais e o caráter privativo, descentralizado e focalizado das políticas sociais, conforme pontuado por Iamamoto (2009b) e discutido no primeiro capítulo deste trabalho. Visto que a hegemonia neoliberal provoca reconfigurações nas políticas sociais, aumentando, principalmente, o grau de seletividade das mesmas, tornando-as frágeis e sem ampliação. Dessa forma, as profissionais relataram ainda que quando recebem a contrarreferência dos usuários e dos profissionais, por exemplo, do CRAS são informadas que nem todos os usuários necessitados tiveram o direito da cesta básica, do auxílio natalidade, entre outros garantidos, bem como de que alguns programas que eram desenvolvidos nos tempos atuais foram inabilitados. Ademais, a maioria das assistentes sociais explanaram dificuldades de acesso ao CRAS, CREAS pelos usuários, devido ao fato dessas instituições não se localizarem no mesmo território que a USF's, ou seja, a distância territorial, muitas vezes, acaba limitando os usuários a irem até os centros mencionados em busca de garantir seus direitos. Ressalta-se que esse cenário também apresenta-se enquanto implicação, coaduna a atuação das profissionais, para a materialização do PEPSS.

Então a gente aciona as redes né para fazer valer os direitos, que estão sendo de fato, é contingenciados né, principalmente agora nos dias de hoje, se o quadro já não está bom, vai se agravar. Pra você ter ideia, aqui não tem telefone para a assistente social, a gente precisa estar em contato sempre com essas redes. Além disso, eu encaminhei usuários para o CRAS com solicitações de cesta básica devido à necessidade de algumas famílias né, depois fui informada que somente duas haviam sido liberadas, ainda tem essa realidade, o CRAS fornece, mas pra o pior dos piores. A gente faz o papel enquanto executor terminal da política social, mas quem tem o poder da caneta não somos nós. A gente desenvolve um papel muito difícil, porque ao invés da gente tá garantido a democratização do acesso, de certo modo está selecionando, tá é filtrando [...] como é que eu posso dizer, tá reduzindo

quem vai ter direitos e não ampliando, infelizmente esse é o contexto (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Esse território aqui é um mundo, no caso do CRAS, eu encaminho porque vejo a demanda né, a necessidade, mas muitos usuários chegam a não ir ao CRAS, pense, porque as pessoas tem que se deslocar, a instituição não fica localizada na comunidade, é em outro bairro [...] a gente sente dificuldade nisso, a distância é um fator complicado também, o pessoal daqui é carente, como é que vai? [...] Além disso, tem outra questão eu mando muito para o CRAS né, principalmente para o auxílio natalidade, pra questão da cesta básica, mas o auxílio natalidade foi suspenso, até o ano passado estava suspenso, voltou, porém, agora dia de 17 de outubro foi suspenso novamente [...] encaminhei muitas mulheres, mas está suspenso. Eu direciono para o local certo, se lá está fornecendo ou não, é outros quinhentos né, aí pronto você fica de mãos atadas, porque sua política é a saúde, só que a gente sabe que outros fatores interferem né na questão da saúde [...] (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Diante deste cenário, constata-se a os ditames da ofensiva neoliberal no que tange a implementação das políticas sociais, pois a seletividade e os cortes de gastos sociais prevalecem. Nesta direção, “[...] considera-se que o Estado deva deslocar-se da linha de frente do desenvolvimento econômico e social [...] observa-se uma clara tendência de deslocamento das ações governamentais públicas [...] no trato das necessidades sociais em favor de sua privatização, instituindo critérios de seletividade no atendimento das necessidades sociais” (IAMAMOTO, 2009b, p. 359). Desse modo, percebe-se, a partir dos relatos anteriores, que mesmo permeadas por contradições e regressões, as assistentes sociais ainda buscam desenvolver a intersetorialidade entre as políticas sociais. Assim, as profissionais usam de estratégias para operacionalizar a intersetorialidade como o uso do próprio telefone e aplicativos de celulares. Acentua-se que uma assistente social explanou direcionar usuários para instituições filantrópicas.

Aqui não tem telefone, então a gente fica no WhatsApp conversando, virou instrumento de trabalho e aí a gente troca sabe, manda foto de relatório pra lá, pra cá, pra poder ver se funciona alguma coisa, é uma estratégia que a gente utiliza (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Nosso contato não é tão direto, presencial, é mais por telefone né, a demanda chega e não tem como você ir no local, você tem que se articular pelo telefone. Tem o telefone na sala do gerente, mas têm certas coisas que não tem como conversar lá, ele atende a comunidade também, sempre tem gente na sala dele, tem coisas que não tem como você falar, aí o quê que eu faço, ligo do meu (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Aqui eu uso meu telefone, que é a linha né, além do que a gente sempre se comunica por whatsapp. Devido à fragilidade do sistema de proteção mesmo, os recursos bastantes limitados, além de encaminhar para um CRAS, a gente encaminha também pra algum outro serviço, até um serviço particular, algum centro que forneça material, que possa atender a necessidade do usuário né, a gente também tá encaminhando [...] (TAINARA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Mediante limites institucionais as profissionais entrevistadas criam estratégias, fazendo uso até de recursos pessoais, como telefone próprio e direcionando usuários para instituições de viés filantrópico. Todavia, acentua-se, nesse cenário, a refilantropização do atendimento às necessidades sociais, compreende-se que essa circunstância é consequência da ofensiva neoliberal, a qual também promove a despolitização das expressões da “questão social”, difundindo, conforme Iamamoto (2009b), a ideia de que o “bem-estar social” é de competência da família, da comunidade, entre outros, mas não do Estado, é preciso travar embate frente a essa conjuntura, pois a mesma infere na garantia das políticas sociais enquanto direito social.

Logo, “[...] vive-se uma tensão entre a defesa dos direitos sociais universais e a mercantilização e refilantropização do atendimento às necessidades sociais, com claras implicações nas condições e relações de trabalho do assistente social” (PEREIRA, 1998 apud IAMAMOTO, 2009b, p.358), assim como implicações para a materialização do PEPSS, sabendo que, para tanto, é preciso atuar na execução das políticas sociais, como a de saúde, na perspectiva de direito, uma vez que instituições filantrópicas tende a descaracterizar a “questão social” como parte da relação contraditória entre capital e trabalho.

Apesar dos limites e contradições, o desenvolver da intersetorialidade coaduna a atuação das assistentes sociais direciona-se na perspectiva da concretude do PEPSS e da Reforma Sanitária, pois infere experiências pautadas na integralidade e multidisciplinaridade em prol da universalização de acesso às políticas sociais, como a saúde. Através da intersetorialidade, as profissionais, mesmo diante de desafios, buscam atuar ainda na construção do caminho da integralidade, apreendendo o usuário em sua totalidade, buscando mediações para viabilizar o acesso dos usuários aos diversos serviços disponibilizados pelas políticas sociais, considerando-se que a integralidade, como já apontado neste trabalho, representa “[...] o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde sempre complexas [...] a [...] integralidade pretendida só será alcançada como fruto do trabalho [...] da equipe de saúde [...] (CECÍLIO, 2004, p. 4).

Neste contexto, quando questionadas se é possível exercer a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade durante a atuação profissional, 25% relataram que conseguem exercer a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade com todos os profissionais que fazem parte da equipe de saúde, 75 % explanaram que é possível realizar apenas a multidisciplinaridade. Entre os diversos profissionais que compõem a equipe básica de saúde, as assistentes sociais pesquisadas explanaram ser possível atuar de forma multidisciplinar, especialmente com os enfermeiros, os agentes de saúde e profissionais do NASF, como: psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros. As ações desenvolvidas pautam-se, basicamente, em visitas domiciliares; educação em saúde, em datas alusivas, já sinalizadas anteriormente neste estudo; e nas atividades de acompanhamento de grupo de idosos e gestantes, nas USF's que possuem.

O enfermeiro e o agente de saúde são nossos melhores parceiros né, principalmente quando vou fazer as visitas, na maioria das vezes, faço com o agente, mas quando pode a enfermeira aqui vai também [...] A gente tem uma relação muito boa, acho que funciona. Já com o pessoal do NASF, a gente trabalha mais a parte de educação em saúde, principalmente quando tem o outubro rosa, o dia da saúde né, o novembro azul que vai ter agora [...] (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Aqui eu trabalho em conjunto mais com o enfermeiro e agente de saúde, não é fácil, mas esse é um direcionamento que se tem. No caso dos médicos mesmo, não são todos que a gente consegue trabalhar em conjunto. Tem o pessoal do NASF também né, que a gente trabalha em parceria mesmo, até mesmo com o grupo de idosos que tem aqui na unidade, desenvolvendo atividades [...] Então além dos profissionais da unidade mesmo, tem o NASF que a gente pode contar para executar e traçar ações aqui no posto (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Como relatado pelas profissionais participantes da pesquisa, somente uma minoria explanou ser possível exercer tanto a multidisciplinaridade quanto a interdisciplinaridade, isso apresenta-se ainda enquanto fragilidade de atuação das equipes básicas de saúde na APS, visto que a interdisciplinaridade transcende a multidisciplinaridade. As assistentes sociais que relataram conseguir exercer somente a multidisciplinaridade nas USF's sinalizaram ainda que cada profissional da equipe trabalha mais de forma vertical, sem muita articulação de conhecimentos, conforme destacado:

A inter acho pouco provável. Eu vejo assim relações saudáveis aqui, não vejo as relações doentias não [...] porém, não necessariamente eu vejo que isso resvale para a hora do fazer profissional, na hora do fazer profissional é cada um em seu quadrado, é multiprofissional [...] (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Interdisciplinar ainda não, porque inter é muito além, tem um campo ali que se forma, um lugar que a gente constrói tanto junto. Aqui na unidade não, o serviço social, é o serviço social; a medicina, é a medicina; a enfermagem, é a enfermagem; mas a gente consegue ir lá conversar, exercer a multidisciplinaridade (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

É evidente que as profissionais entrevistadas sabem diferenciar as categorias mencionadas. Assim, é pertinente distinguir ambas, a multidisciplinaridade, segundo Silva e Mendes (2013), representa intervenções profissionais que acontecem de forma enclaustrada, de forma isolada, ou seja, sem trocas de conhecimentos, fazendo prevalecer o dogmatismo presente no cenário das profissões. Já a interdisciplinaridade supera a particularidade da multidisciplinaridade, também consoante com as autores supracitadas, ela propõe que cada profissional, a partir dos respectivos saberes de suas áreas de atuação, preservando seus métodos e conceitos, atuem numa concepção de horizontalidade, de troca de saberes.

Ainda conforme Silva e Mendes (2013), é preciso tornar singular a atuação das assistentes sociais na área da saúde no processo interdisciplinar, essa peculiaridade acontece no conhecimento técnico especializado acerca dos usuários e suas necessidades sociais, como as de saúde. Segundo essas autoras, a singularidade está pautada no PEPSS, principalmente nos princípios do Código de Ética de 1993, no que se refere em especial ao empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, de modo a incentivar a participação política de todos os usuários, respeitando suas diferenças (CFESS, 2012), tendo em vista que a atuação profissional consubstanciada na interdisciplinaridade, no que tange ao exercício profissional das assistentes sociais entrevistadas, deve desconstruir a diversidade de preconceitos, a qual se faz presente ainda no campo da saúde, conforme as autoras supracitadas. Ademais, destaca-se ainda que a atuação das assistentes sociais pautadas na interdisciplinaridade e na direção do PEPSS deve também possibilitar a articulação com os movimentos das categorias profissionais a favor da classe trabalhadora.

Como visto, apesar das mediações estabelecidas pelas assistentes sociais entrevistadas para apreender o usuário em sua integralidade, percebe-se que é preciso superar também o caráter multidisciplinar do trabalho em equipe nas USF's de Aracaju/SE, para assim, de fato, ser ampliada a integralidade no campo da saúde pública na APS, categoria essa presente no PEPSS e no projeto da Reforma Sanitária.

Sabe-se que o arcabouço legal e institucional do Serviço Social preconiza os direitos e deveres dos assistentes sociais, representando também possibilidades de estratégias a favor da autonomia relativa, sendo esse um ponto que leva à materialização do PEPSS durante a

atuação profissional (IAMAMOTO, 2008b). Dessa forma, buscou-se analisar quais os arcabouços legais da saúde, de outras áreas e da profissão, que as assistentes sociais entrevistadas fazem uso durante o fazer profissional e, assim, saber a partir da percepção das mesmas se são possíveis de serem cumpridos no contexto contemporâneo.

No que tange ao uso dos arcabouços jurídicos da política de saúde e de outras áreas, todas as entrevistadas mencionaram utilizar durante o exercício profissional, principalmente: a LOS, a Lei nº 8.080/1990, a Lei nº 8.142/1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o Estatuto do Idoso; 25% das profissionais explanaram ainda fazer uso da Política Nacional de Saúde Mental e do Estatuto da Pessoa com Deficiência. Mediante tais respostas, foi questionado acerca da efetivação desses arcabouços, apenas 37,5% das profissionais afirmaram que o conjunto de leis jurídicas conseguem ser cumpridos, as demais 62,5% declararam que são cumpridos em parte, conforme depoimento:

Eu atuo tendo como fundamento essas leis né, elas são indispensáveis porque são conquistas do povo brasileiro e a gente não pode abrir mão enquanto essas leis subexistem, mas elas estão sendo sempre ameaçadas, por isso vem sendo cumpridas em partes. Ainda hoje eu encaminhei um idoso que teve uma negativa do BPC para o seu filho, que tem diagnóstico de esquizofrenia, para a defensoria pública, porque a lei garante este benefício né, e ele tinha todos os documentos comprovando a necessidade, mas a lei não foi cumprida neste caso. Então essas leis [...] mesmo com toda dificuldade de operacionalização, enquanto elas existem, elas são fundamentais no nosso dia a dia, então não abro mão delas, agora precisam ser mais efetivas (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Eu faço uso diário das leis, fundamento meus relatórios a partir delas, elas facilitam nosso trabalho, garante o acesso do usuário as políticas sociais né, porque existe uma legislação que diz que é direito seu, por isso a gente precisa tá sempre acompanhando as mudanças das leis. No entanto, nesse contexto que vivemos as leis não vem sendo efetivada de forma integral (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

O fato das assistentes sociais pesquisadas terem como respaldo o conjunto de leis mencionadas demonstra que, embora a efetivação das mesmas seja permeada por limites, a atuação profissional vem sendo conduzida neste quesito a viabilizar o acesso dos usuários a necessidades de saúde amparadas nos arcabouços legais. Apesar de não ser um número expressivo, o desconhecimento das dificuldades das leis serem cumpridas no cenário consubstanciado pela ofensiva neoliberal, representa mais uma vez que as profissionais desse grupo precisam apreender a conjuntura e as demandas para além de sua imediatividade, pois

isso impacta na qualidade dos serviços prestados e ocasiona também uma intervenção profissional sem o processo de reflexão que esteja pautada no PEPSS.

Sobre o uso das legislações específicas do Serviço Social, as assistentes sociais relataram atuar embasadas mais no Protocolo do Serviço Social nas Redes de Saúde do SUS/Aracaju, do que nos Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde, formulado pelo CFESS. O protocolo mencionado, segundo as assistentes sociais entrevistadas, vem sendo concretizado no fazer profissional, e foi elaborado por algumas assistentes sociais da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju/SE, com o intuito de organizar alguns pontos dos processos de trabalho das profissionais na rede da APS, atenção psicossocial, especializada de urgência e emergência e de atenção à saúde do trabalhador.

Ainda conforme depoimento das profissionais entrevistadas, os Parâmetros para intervenção profissional na saúde elaborado pelo CFESS é mais geral, mais amplo, de modo que houve a necessidade de um documento com orientações mais específicas para atuação dos assistentes sociais nas redes de serviços de saúde de Aracaju/SE. No entanto, ressalta-se que os Parâmetros produzido pelo CFESS não deve ser considerado como fonte secundária, pois nele existem posições e afirmações importantes acerca da atuação profissional do assistente social na saúde sob a perspectiva da materialização do PEPSS nesta política social.

A gente tem como direção aqui o protocolo de atuação do Serviço Social produzido por nós né, ele é mais específico, porque os parâmetros do CFESS são orientações mais gerais. Logo no início quando o CEFESS lançou os parâmetros e tal eu acho que ele tinha mais sentido para mim, hoje em dia, de fato, eu acho que o material que tem aqui, produzido por nós, que teve participação direta do CRESS, de todas as assistentes sociais, de todas as redes, ele é mais objetivável, sabe, e isso, pra o cotidiano da gente é fundamental (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Em relação ao Código de Ética de 1993, a Lei de Regulamentação da profissão (Lei nº 8662/1993) e a Diretrizes Curriculares de 1996, tendo como referência pesquisa realizada por Mamede (2009), foi questionado as assistentes sociais das USF's de Aracaju/SE acerca dos arcabouços legais da profissão mencionados. Destarte, no que diz respeito especificamente à Lei de Regulamentação da profissão vigente, 62,5% das assistentes sociais relataram já ter realizado leituras, porém não relembram, ou seja, não se recordam; 12,5% explanaram que não possuem conhecimento sobre tal lei, isto é, não conhecem; e 25% afirmaram conhecer. Já no que concerne às Diretrizes Curriculares de 1996, 25% das profissionais explanaram ter realizado leituras, porém não relembram; 75% relataram desconhecimento. Quanto ao Código

de Ética de 1993, 37,5% declararam que já leram o arcabouço, todavia não relembram; e 62,5% relataram conhecimento acerca do mesmo.

Com efeito, observa-se que a maioria das assistentes sociais entrevistadas já leram a Lei de Regulamentação da profissão (Lei nº 8662/1993), mas não se recordam, e uma minoria, mas não insignificante, não conhecem, isso quer dizer que a atuação profissional não vem sendo consubstanciada na lei referida, posto que esse resultado constata a fragilidade e insuficiência de leituras também acerca da lei que regulamenta o Serviço Social. Ademais, isso apresenta-se ainda como desafio para atuação das assistentes sociais entrevistadas na perspectiva da materialização do projeto profissional, uma vez que a Lei de Regulamentação atual em conjunto com o Código e Diretrizes vigentes, como já afirmando no primeiro capítulo deste trabalho, determinam pontos, em seus elementos constitutivos, que levam à materialidade do PEPSS no fazer profissional. As profissionais explanaram algumas dificuldades que ocasionam a falta de releituras e até mesmo de leituras daquelas que não conhecem e das que não se recordam, limites que se associam aos já relatados pelas profissionais, no que concerne à fragilidade de leituras:

Como eu já lhe disse, aqui tem muita demanda, eu trabalho 40 horas semanais, fica difícil realizar leituras até mesmo da Lei de Regulamentação e em casa já temos outras atividades [...] No momento eu posso afirmar que não conheço mesmo, porque eu não me baseio totalmente nela não (TAINARA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Eu sei que é importante, mas não consigo reler, por isso a gente esquece, é muita coisa. Então eu já li a Lei de Regulamentação, já trabalhei com ela na especialização [...] só que no momento realmente eu não estou muito lembrada não, não me lembro (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Como notório, a Lei de Regulamentação vigente não vem sendo elemento determinante na atuação profissional das assistentes sociais, visto que o saber da mesma, por parte das profissionais entrevistadas, encontra-se fragilizado, isso também pode ser um determinante para o pragmatismo e imediatismo durante a atuação das profissionais.

Outro aspecto que chama atenção, neste quesito, diz respeito às Diretrizes Curriculares de 1996, pois como constatado, a maioria das assistentes sociais, 75%, afirmaram não conhecer, ou seja, nunca leu tal arcabouço legal da profissão, apenas uma minoria já leu, mas não relembra. As dificuldades apontadas pelas profissionais, neste quesito, também foram as mesmas mencionadas para a Lei de Regulamentação vigente. Isso sinaliza também que as

Diretrizes Curriculares não vêm sendo usada enquanto legislação que respalda a atuação profissional das participantes da pesquisa, colocando-se mais um desafio para a intervenção das mesmas, solidificada no projeto profissional da profissão.

O desconhecimento teórico acerca das Diretrizes Curriculares de 1996, distancia a ampliação da atuação das assistentes sociais numa postura crítica, consubstanciada no PEPSS, que torne possível compreender as demandas encaminhadas ao Serviço Social para além de sua imediatividade. Haja vista, como também já debatido no capítulo I deste estudo, as Diretrizes Curriculares de 1996 evidenciam o reafirmar do posicionamento crítico da categoria profissional dos assistentes sociais, a favor da classe trabalhadora e da expansão do PEPSS, face às exigências e determinações contemporâneas que assolam o contexto da atuação profissional. Para isso, a nova lógica curricular presente nas Diretrizes de 1996 avança e ratifica a importância da teoria social crítica e da apreensão do materialismo histórico-dialético, porque tal teoria e seu método proporcionam o desvelar da realidade social como dialética, contraditória e o homem como ser histórico-social constituinte ativo da história, uma vez que não há uma linearidade na consideração do que é histórico. É preciso que as profissionais tenham compreensão dessas determinações

Quanto ao Código de Ética de 1993, a maioria das entrevistadas afirmou conhecê-lo, de modo que, conseqüentemente, o mesmo é usado para referenciar a atuação das assistentes sociais. Todavia, ressalta-se que 37,5% das profissionais não se recordam do Código vigente, apesar do pequeno quantitativo, isso expressa que essas assistentes sociais não estão ultrapassando os limites institucionais que estão atrelados às condições objetivas em que ocorre a atuação profissional, posto que o conhecimento do mesmo também possibilita que as profissionais construam novas estratégias, consubstanciando a intervenção e reafirmando os valores do Código e do projeto profissional.

Olhe, eu já li o código né, mas não venho relendo, é muita coisa aqui, não é possível reler aqui, e temos outras atividades além do trabalho, como eu disse antes [...] apesar de que a gente faz uso explicitamente dele. A gente faz uso de muitas informações do Código de Ética, acho que venho atuando de forma falha em relação a ele, porque não me recordo muito dele (TAINARA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

[...] não me recordo assim do Código de Ética [...] às vezes se acomoda também, a gente já viu tanta coisa, já deu tanto murro em ponta de faca, que às vezes a gente também desacredita e se acomoda, e acaba não querendo se prender ao Código né, eu não vou dizer que se prende totalmente (LUMA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Às assistentes sociais que relataram conhecer o Código de Ética de 1993, foi questionado quais princípios fundamentais de tal arcabouço fazem uso na atuação profissional. Dessa maneira, todas as profissionais desse grupo mencionaram: defesa da democracia, enfatizando a participação política; posicionamento em favor da equidade e justiça social, assegurando o acesso aos bens e serviços das políticas sociais; empenho na eliminação de todas as formas de preconceito; e exercício profissional sem discriminar e sem ser discriminado (CFESS, 2012). Foi solicitado ainda que as assistentes sociais exemplificassem como um dos princípios é materializado em sua atuação profissional. Segue alguns exemplos relatados pelas profissionais:

O posicionamento que viabilize o acesso às políticas sociais, aqui no caso as necessidades de saúde, isso aí eu acho que sim, a gente faz todo dia, acho que a gente tenta a todo momento, porque quando você atende uma demanda de solicitação de medicamentos não padronizados, por exemplo, você atua na perspectiva de garantir o acesso daquele usuário aos serviços da política de saúde né (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

A questão do exercício profissional sem preconceito e sem discriminar. Eu da minha parte eu atendo todo mundo, de A a Z, do que vem bem vestido ao mal vestido, do que vem mal cheiroso ao bem cheiroso, hoje mesmo eu atendi uma família em estado de higiene precário, fiz os encaminhamentos para a política de assistência, viabilizei a consulta médica. Além disso, respeito à decisão dos usuários, oriento, mas eles decidem. Então, eu atendo sem distinção, respeitando a autonomia dos usuários, as decisões deles né (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

A participação política mesmo, pra mim, eu a vejo relacionada a minha atuação, na medida em que eu mobilizo para participar do controle social né, apesar de que muitos usuários não vêm, não participam, como eu falei pra você lá no outro questionamento. Agora apesar dos limites, é minha obrigação informar quais são os mecanismos de controle social, estimular para que sejam utilizados, eu tenho isso aqui o tempo todo. E pra mim isso tá no código lá [...] (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

[...] você vai pensando nos princípios do Código de Ética, por exemplo, o usuário tem autonomia para poder decidir o quê que ele vai fazer, eu dou a informação [...] mas a decisão final é dele, por quê? Porque ele é um sujeito de direitos e tem a autonomia dele pra poder decidir né. Eu vou trabalhar aqui na perspectiva de que ele tenha mais liberdade, por eu ter conhecimento né, talvez ele tenha entrando na minha sala no momento que ele ainda não tenha conhecimento né, mas no final das contas ele decide sobre a vida dele né, não sou eu que decido. Assim, para mim é que o princípio da liberdade, por exemplo, se faz presente aqui né, na prática (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Apesar de apreender como alguns princípios do Código atual, os quais estão imbricados aos princípios do projeto de saúde da Reforma Sanitário, como já sinalizado no capítulo II deste estudo, vão se concretizando durante a atuação profissional; a qual é perpassada por desafios e contradições, pressupõe-se que a compreensão das assistentes sociais acerca do PEPSS é limitada, porquanto os dados mostraram e reafirmaram que somente o Código é mais conhecido pelas profissionais, aponta-se novamente que isso é resultante da insuficiência de leituras, principalmente. Essa lacuna acarreta implicação, desafio e descompasso técnico-operativo, ético-político e teórico-metodológico no sustento da atuação das assistentes sociais embasadas pelo projeto profissional.

Além disso, expressa ainda dificuldades de construir estratégias, por parte das profissionais participantes da pesquisa, que consiga abranger todos os elementos que direcionam ao PEPSS, envolvendo não somente o Código, mas também a Lei de Regulamentação da profissão e as Diretrizes Curriculares, ambas vigentes, bem como as dimensões colocadas por Teixeira e Braz (2009), quais sejam: produção de conhecimento, instância político-organizativa e jurídico-política, acentua-se que esses elementos e dimensões já foram discutidas no capítulo I deste estudo. Corroborar-se que “[...] é necessária uma discussão ampla dos elementos que fazem parte do Projeto Ético-Político sob forma de campanha nacional” (SILVA, 2012, p. 81).

Para tanto, enfatiza-se que a efetivação dos princípios mencionados pelas profissionais no exercício profissional, na perspectiva da totalidade, requer a articulação das dimensões e elementos apontados, tanto quanto a capacidade de desvelar a realidade em sua totalidade que permeia o espaço sócio-ocupacional e, assim, ampliar alternativas que possibilitem a concretude dos PEPSS, considerando os limites e possibilidades presentes nas relações sociais que configura o âmbito institucional e societário. Assim sendo, o projeto profissional para sua efetivação perante a atuação das assistentes sociais requisita: “[...] o conhecimento da realidade [...] dos meios e modos de sua utilização [...] da prática acumulada em forma de teoria, e contribui para o estabelecimento das finalidades ou antecipação dos resultados objetivos que se pretende atingir” (GUERRA, 2007, p. 23).

Outro ponto que foi questionado às assistentes sociais refere-se às condições de trabalho, desse modo, foi perguntado se as profissionais consideram essas condições adequadas. Mediante os dados obtidos, somente uma profissional explanou ter condições de trabalho adequadas, mas se tratando apenas de estrutura física, pois a USF onde a mesma atua foi inaugurada há um ano. Todavia, essa profissional ressaltou falta de condições em relação a

recursos financeiros para desenvolver atividades, principalmente de educação em saúde na unidade.

Desse modo, todas as demais assistentes sociais relataram não ter condições de trabalho tanto no tocante à estrutura física, bem como na ausência de recursos financeiros para o desempenhar das atividades. Entre os limites apontados no que diz respeito às condições de estrutura física, foram mencionados principalmente: ausência de ar-condicionado nas salas das profissionais, ou quando constam com este equipamento, o mesmo encontra-se quebrado; falta de telefone; insuficiência de carro da Secretaria Municipal de Saúde para que as assistentes sociais realizem as visitas domiciliares; no caso específico de uma profissional, falta de sala de atendimento; ausência de computadores, somente uma profissional relatou possuir este equipamento em sua sala de atendimento. Tais relatos estão respaldados nos seguintes depoimentos:

Falta de sala, não tem acesso ao computador, não tem telefone. Essa questão da sala mesmo é constrangedor, humilhante né, eu atender nessas condições, eu não ter uma referência de sala, o usuário fica rodando e perguntando: o assistente social tá onde? Falta de acesso a computador, fico usando o da gerente para fazer os relatórios, é complicado. Então quer dizer, as condições de trabalho são assim muito ruins, agora fui bem acolhida pela equipe, não tive nenhum problema de relacionamento com nenhum profissional, equipe muito boa (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Não são adequadas, tem dois anos e nove meses que o ar-condicionado foi levado para reparo e não foi devolvido, faço atendimento com a porta aberta, porque as condições são insuficientes, precárias, aquém da necessidade. Você quer fazer uma visita, fica dependendo de carro da prefeitura, um carro só para tanta coisa, é impossível né [...] (TAINARA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Não tem carro disponível para as visitas, eu até tento solicitar com antecedência na Secretaria Municipal de Saúde, mas, assim, muitas vezes eles faltam. Então a gente marca com o usuário, marca com a família e não consegue ir, quando é aqui próximo eu faço a pé, vou com o agente de saúde, quando é distante algumas vezes colho as informações necessárias com o agente. Não temos também telefone na sala, e é preciso, porque precisamos manter contato com a rede, precisamos resolver demandas por meio dele também [...] (LUMA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Diante disso, fica constatado a precarização das condições de trabalho, a qual impõe limites a atuação das assistentes sociais entrevistadas na direção da concretização do PEPSS, posto que condicionam as respostas que as profissionais apresentam as demandas encaminhadas as mesmas, as quais neste caso específico estão relacionadas as necessidades sociais de saúde. Sabe-se, como já apontado neste estudo, que o Serviço Social não é uma

profissão desvinculada do capital, conseqüentemente é “atingida” pelas determinações do contexto em que encontra, o qual nos tempos atuais é marcado também pelas mudanças imbricadas à reestruturação produtiva e intensificação do neoliberalismo. Essas transformações referem-se especialmente à valorização do capital e, como principal consequência deste cenário, têm-se limites e retrocessos aos direitos sociais, às ofertas dos serviços públicos, tanto quanto às políticas sociais, igualmente à saúde pública, como já mencionado no capítulo II deste trabalho.

Segundo Behring (2008), as condições de trabalho em que estão inseridos os assistentes sociais são inerentes à contrarreforma do Estado, pautada na ofensiva neoliberal. Nesta perspectiva, dentre os impactos da contrarreforma neoliberal e que incidem também sobre a intervenção das assistentes sociais entrevistadas, tem-se a precarização das condições de trabalho. Destarte, as assistentes sociais, enquanto profissionais que estão inseridas na divisão social e técnica do trabalho, sofrem o processo de intensificação dos rebatimentos que perpassam as condições de trabalho na contemporaneidade, a qual é complexa, fragmentada, difícil, heterogênea.

Dessa forma, para Ceolin, “[...] as manifestações da precarização [...] nas relações de trabalho dos assistentes sociais são expressões da precariedade do trabalho característico do padrão de acumulação [...]” (2014, p. 22). Ou seja, trata-se de tempos difíceis, em se tratando especificamente das assistentes sociais entrevistadas inseridas nos serviços da saúde, é notória a ampliação do projeto de saúde privatista, de modo que flexibiliza e precariza as condições de trabalho das profissionais. Logo, ressalta-se que a atuação profissional está também condicionada pela conjuntura histórica vivenciada na sociedade capitalista.

Neste sentido, afirma-se ainda que a atuação profissional das assistentes sociais participantes da pesquisa está sendo atingida de forma direta pela precarização das condições de trabalho, isso é um desafio e implicação a materialização do PEPSS solidificada a atuação das profissionais, pois como já sinalizado vai de encontro ao que é preconizado pelo Código de Ética de 1993, no que tange ao direito das profissionais em dispor de condições de trabalho condignas para exercer sua atuação, fazendo prevalecer o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, perspectiva essa que direciona para a concretude do projeto profissional.

Por conseguinte, evidencia-se a ausência de recursos materiais e financeiros nas USF’s para desempenhar algumas atividades voltadas para educação em saúde.

Aqui na unidade não tem recursos financeiros para a gente desenvolver educação em saúde, é por isso a dificuldade de manter grupos de idosos, de hipertensos, entre outros né, porque tem que ter recursos para a gente desenvolver as atividades, é difícil. A educação em saúde, por exemplo, acaba sendo mais na maioria das vezes, quando tem alguma data mais especial, podemos dizer como, por exemplo, outubro rosa, novembro azul, agora nós vamos tentar fazer atividades do novembro azul (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Não estou atendida nas minhas condições de trabalho, educação em saúde mesmo, se você quer fazer alguma atividade na unidade, não tem material. A gente ver com os profissionais para desenvolver essas atividades, arrecadar recursos né pra fazer alguma atividade pra comunidade. Assim acaba sendo ações pontuais, não já organizadas por semestre (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Como visto, as ações voltadas para a prevenção e promoção à saúde, um dos principais objetivos da APS que estão consubstanciados aos princípios do PEPSS e da Reforma Sanitária, visando à melhoria das condições de vida da população, à democratização de acesso à saúde de qualidade, bem como à construção de autonomia dos usuários mediante o desenvolver dessas atividades, encontra-se limitado, posto que as ações de educação em saúde são principalmente desenvolvidas de forma esporádicas, especialmente com repasses de informações. O que é um desafio para a concretude do projeto profissional, pois essas ações devem ter também “[...] a intencionalidade da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas” (CFESS, 2014).

Outrossim, enfatiza-se ainda a importância das assistentes sociais entrevistadas desempenharem as ações de educação em saúde consubstanciadas no conceito moderno de promoção e prevenção, o qual parte da concepção de que a estratégia para a prevenção e promoção à saúde relaciona-se à democratização de acesso à saúde, ou seja, pauta-se na qualidade de vida que requer gestão democrática, acesso aos serviços de saúde, às políticas sociais e econômicas, coadunando assim com o PEPSS e o projeto de saúde sanitário. Isso é diferente da compreensão de promoção à saúde, que consubstancia a mercantilização da saúde, a qual considera a saúde como um bem a ser negociado, restrito apenas ao fato de o indivíduo ter hábitos saudáveis. Porquanto a promoção, prevenção e a qualidade de vida “[...] relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais” (MINAYO et al., 2000, p. 10).

Entre as estratégias que objetivam o enfrentamento de alguns limites que perpassam as condições de trabalho, as assistentes sociais explanaram fazer uso do próprio telefone, realizar

visitas domiciliares a pé ou usar o carro próprio, e arrecadar recursos financeiros junto à equipe da USF para desenvolver algumas atividades de educação em saúde.

Então não tem recurso de telefone, a gente usa o particular. Não deixo de fazer nenhum contato porque uso o meu, mas não tenho esse recurso. A mesma coisa de recurso para os trabalhos de educação e saúde, por exemplo. A gente realiza porque tem vontade e porque investe dinheiro do nosso bolso né (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

[...] as visitas mesmo, a gente solicita o carro com antecedência, mas muitas vezes eles faltam. A gente marca com o usuário, com a família, e se depender disso, não vamos fazer as visitas né [...] quando é aqui próximo eu vou a pé, com o agente de saúde, com o enfermeiro, mas quando é mais distante eu vou no meu carro mesmo, eu estou com um carro, tem pouco tempo [...] As atividades de educação em saúde, quando tem a gente junta dinheiro de todos. Agora no mês de outubro vamos fazer atividades voltadas para a prevenção do câncer de mama, já estamos arrecadando dinheiro de todos aqui para isso [...] (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Isto posto, concorda-se com Mamede (2009) de que isso demonstra certo voluntarismo, são posicionamentos individuais que estão inseridos em conjuntura sócio-histórica complexa no âmbito das relações sociais capitalistas.

Ainda como forma de entender os rebatimentos da ofensiva neoliberal nas condições de trabalho, foi questionado às profissionais se atendem a indicadores e metas; apenas uma profissional não soube responder, todas as demais explanaram que existem metas estabelecidas especificamente para o acompanhamento dos determinantes de saúde dos usuários do programa Bolsa Família:

A Secretaria só cobra do programa Bolsa Família. A gente tem metas de atendimento e de acompanhamento que tem que ultrapassar 30%, por exemplo, mas, assim, eu tento sempre atingir o máximo, o semestre passado foi 61%, mas este quero passar dos 75% entendeu, porque aqui a gente tem um bom acompanhamento dessa programa (LUMA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

A gente tem algumas metazinhas, por exemplo, em termos de cumprir metas, quantidades, a gente tem o programa Bolsa Família né, quando você não consegue atingir a meta do semestre anterior ou superá-la, você é questionada né, perguntam o que ouve, o que aconteceu. Então, assim, a gente trabalha com metas sim, principalmente neste sentido (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Todavia, as profissionais relataram também a existência do Programa de Melhoria de do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), neste programa, através do E-SUS, as

assistentes sociais registram os atendimentos realizados e a partir desse registro ganham um abono no salário a cada trimestre, mas as profissionais explanaram que diferente, por exemplo, do médico e enfermeiro, elas não possuem metas em relação a quantitativo de atendimentos mensais, porém não deixam ter sua produtividade acompanhada e monitorada.

A gente tem o E-SUS que precisamos preencher, não que eu tenha tantos atendimentos a fazer, mas eles estão monitorando todos os meses quantos atendimentos eu faço, por exemplo, eu to lá na casa dos quatrocentos e oitenta atendimentos individuais por mês né, quando baixa muito, aí alguém me pergunta assim: o quê que houve que foi pra trezentos e pouco? Eu respondo: esqueceu o São João, São Pedro, tiveram aqueles feriados. Não é tão sutil, então eu não tenho uma meta de quatrocentos e oitenta atendimentos mês, mas todo mundo espera que mantenha ou aumente (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Esse contexto debatido sobre as metas estabelecidas pode ser um meio de intensificar a precarização das condições de trabalho, de modo a impactar igualmente a intervenção das assistentes sociais, especialmente em relação à qualidade dos serviços prestados aos usuários por parte das profissionais. Ressalta-se ainda que toda essa conjuntura amparada na ofensiva neoliberal, a qual permeia as condições de trabalho das assistentes sociais entrevistadas no campo da APS, apresenta-se enquanto desafio para as profissionais “[...] em seus princípios e diretrizes construídos na dinâmica da trajetória de ruptura com o conservadorismo na profissão, bem como de consolidação de um projeto ético-político profissional comprometido com a universalidade de direitos e com a emancipação do sujeito social” (CEOLIN, 2014, p. 262).

Diante disso, enfatiza-se novamente que as circunstâncias das condições de trabalho, atravessadas pela contrarreforma do Estado, interferem e implicam também de forma direta na relação entre a atuação profissional das assistentes sociais e a materialidade do PEPSS, já que oferece condições objetivas limitadas também neste quesito, qual seja: condições de trabalho, para que as mesmas possam desenvolver e ampliar o exercício profissional condizente com o projeto profissional e o projeto da Reforma Sanitária, ou seja, de forma crítica, fazendo prevalecer o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, visto que se tem restrição de recursos materiais e financeiros, e não menos importante o estabelecer de metas.

Destaca-se também, nesse cenário, a importância das assistentes sociais entrevistadas compreenderem este contexto institucional para além de sua aparência e, assim, poder elaborar estratégias de atuação de modo a responder as demandas pautadas no PEPSS. Ademais, ratifica-se que as condições objetivas em que são perpassadas o cotidiano

profissional estabelecem ainda correlações de forças e acentua o caráter de emergência a atuação das assistentes sociais, o que exige das mesmas preponderância da perspectiva crítica mediante os fatos.

Outro aspecto questionado diz respeito à concepção da APS que as profissionais têm. Assim, seguem depoimentos:

Entendo a atenção básica à saúde como porta de entrada preferencial, porque pelo que já li sobre ela, custa menos, deve ser resolutiva nas necessidades de saúde. Então, ela funcionando bem o número de pessoas que chegam até a urgência e emergência, que chega na especialidade e no hospital vai ser menor, e o custo da média e alta complexidade ele é muito (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Para mim, a atenção primária é direcionada para promoção, prevenção à saúde né [...] É uma forma de amenizar a superlotação de hospitais, os inchaços das urgências, principalmente. Se a atenção básica fosse realmente aplicada, o SUS seria melhor sistema de saúde que existe, mas não é o que a gente ver (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

A atenção básica ela é importante, mas vem sendo desconstruída né. A gente vê prevalecendo às clínicas com aqueles preços populares, mas é porque existe uma cultura que é construída, lógico que tem um viés econômico, de interesse econômico, que a cultura da especialidade, de que o médico bom, é o médico especialista. Não se tem o interesse em qualificar o serviço da atenção básica, pelo contrário, ela vai estar sempre limitada, é de baixa complexidade né [...] (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

A atenção primária é porta aberta né, a principal porta de acesso à saúde, porque ela está próximo a população. Então ela é capaz de construir vínculos, apesar de que a demanda é enorme, o território também, dificultando a gente conhecer todos, mas a presença da Atenção Básica na comunidade é muito importante para o usuário, até para a melhoria das suas condições de saúde, porque se ele vincula comigo, ele tem confiança em mim e eu digo que é por aqui, e ele vai por aqui, com certeza a qualidade de vida dele vai melhorar e as condições de saúde dele né (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Observa-se que as profissionais compreendem a APS, principalmente como o nível de atenção à saúde que deve ser resolutiva, para assim ser possível diminuir os custos financeiros com os demais níveis. Ressalta-se a necessidade de se ampliar a apreensão acerca da APS, de fato ela é compreendida como o principal nível de atenção à saúde, porém, como já discutido no capítulo II deste estudo, é preciso entendê-la como articulada aos níveis secundário e terciário.

Além disso, percebe-se que é preciso entender a APS para além da sua concepção seletiva, a qual é tida, conforme Giovanella e Mendonça (2008), especialmente como aquela

que possui baixo custo e efetividade, que desconsidera os determinantes socioeconômicos como fatores que estão atrelados às necessidades de saúde da população. Assim, é imprescindível expandir a apreensão da APS abrangente, como já debatido também no capítulo II deste trabalho, a qual enfatiza os aspectos socioeconômicos da comunidade e a participação da mesma nas decisões relativas à saúde.

As assistentes sociais destacaram ainda a respeito da produção de vínculos como algo possível de ser estabelecido na APS, haja vista a equipe de saúde encontrar-se próxima à população na qual a USF's está inserida. Todavia, como já discutido anteriormente neste capítulo, no caso específico das assistentes sociais, em cada unidade atua somente uma profissional e isso acaba limitando a produção de vínculos, na medida em que a mesma restringe-se mais aqueles usuários que possuem maiores necessidades de saúde e devido a isso intensificam o contato na USF. Destarte, o fortalecer da produção de vínculo na USF's de Aracaju/SE, no que concerne à atuação das assistentes sociais, apresenta-se, ainda, enquanto desafio.

Neste contexto, foi questionado sobre quais os principais limites da APS visualizados no âmbito do exercício profissional, as mesmas relataram, principalmente: demora para marcação de exames, situações com mais de anos de espera para que o usuário seja submetido à realização de exames solicitados pelo médico; tardamento ainda para marcação de consultas para especialistas no nível secundário da atenção à saúde, em alguns casos com mais de anos de aguardo; ausência de alguns medicamentos nas farmácias das USF's; deficiência no quantitativo de funcionários na maioria das unidades para atendimento da demanda, especialmente de ACS e saúde bucal, ocasionando número elevado de famílias por equipes de saúde; e insuficiência de consultas médicas ainda em tempo considerável.

Olha os limites diários são: demora para agendar consulta com especialistas e exames, a gente tá com um déficit de agentes de saúde, falta medicamentos, a questão da fralda às vezes não veem o quantitativo solicitado. Para você ter noção, marcação de raio X demora meses, às vezes. Em outra unidade que eu estava tinha um idoso com glaucoma, já ia para mais de anos precisando de uma consulta com o oftalmologista. Então a APS é muito falha, a gente vê que muitos usuários pagam as consultas com especialistas, que tem muito a preço popular né, aqui em Aracaju na rua de Bahia, principalmente. Se a APS funcionasse de forma efetiva, talvez não fosse assim (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Aqui a gente tenta suprir todas as necessidades de agendamento para consulta médica na unidade, mas nem sempre é viável, porque a demanda é muito grande, então em algumas situações pode demorar para que o usuário seja consultado pelo médico né. Além disso, a gente tá precisando de mais

agentes de saúde, o território é grande e muitas pessoas por equipe. A gente está assim numa fase, que falta inclusive luvas, material de curativo, então as dentistas ficam meses sem trabalhar, só fazendo urgência, por falta de material para fazer uma extração, obturação, algumas coisas (TAINARA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

O maior limite da APS, ao meu ver, é a sua descaracterização, ela está sendo desmanchada, desacreditada, embora a demanda tem crescido, a procura pela oferta de serviços tenha crescido, pela própria crise de acumulação de capital [...] pelo próprio sistema né, que produz por um lado, que gera riqueza e socializa a pobreza né, [...] infelizmente a PNAB está sendo descaracterizada, ela está sendo, é, tem uma palavrinha, preterida, tem sido colocada em segundo plano em detrimento de outros níveis, porque para o capital são mais rentáveis. Então faltam fraldas, para você ter ideia, a gente fez 20 solicitações de fraldas geriátricas, não foi liberada nenhuma né; medicamentos básicos, como sinvastatina, que muitos usuários fazem uso contínuo né, não conseguem pegar aqui na unidade todos os meses, alguns meses têm, outros não; os agentes de saúde, aqui tá com uma deficiência desses funcionários, a gente não consegue cobrir todo o território, porque não tem funcionários suficientes né; sem contar outros problemas, como demora de exames [...] (PRISCILA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Como constatado, a política de saúde, no que tange especialmente à APS é limitada, pois a partir da lógica neoliberal, como discutido no capítulo II, as políticas sociais como a saúde, tornaram-se secundárias, excludentes, fragmentadas, focalizadas, em que prevalece o corte com os gastos sociais. Esse contexto de sucateamento da política de saúde acaba sendo favorável ao projeto privatista de saúde, visto que alguns usuários acabam direcionando-se para clínicas particulares, constatando, desse modo, a expansão da mercantilização dos serviços de saúde.

Ademais, esse resultado corrobora com as afirmações de Paim (2007) de que os usuários do SUS estão imbricados a um contexto de tensionamentos presentes na prestação dos serviços de saúde, uma vez que tal sistema encontra-se permeado pela baixa qualidade dos serviços prestados, como: filas, dificuldades para agendar consultas médicas e exames, burocratização, períodos de greves, entre outros, possuindo baixo poder de resolutividade.

Sabe-se que este contexto também interfere de modo direto na atuação profissional das assistentes sociais na perspectiva do PEPSS e no projeto de saúde pautado na Reforma Sanitária, visto que ainda flexibiliza e precariza as relações e condições de trabalho das profissionais. Ademais, as profissionais lidam diretamente com a viabilização do acesso dos usuários aos direitos sociais, como a saúde. Quanto mais esses direitos são operacionalizados de forma seletiva, focalizada, ou seja, de modo limitado, não se tendo a expansão das políticas sociais, como a saúde, mais dificuldades as assistentes sociais têm de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, consubstanciadas pelos princípios da Reforma Sanitária e do

PEPSS, uma vez que são dependentes de recursos e condições de trabalho, oferecidos pelo âmbito institucional.

Levando em consideração tais fatos, Iamamoto (2001) afirma que a totalidade das relações sociais está sendo regulamentada pelas forças produtivas, marcadas pelos processos de reificação e mistificação, em que prepondera a valorização do capital. Desse modo, conclui-se que tal contextualização perpassa também o conjunto das relações que consubstanciam a atuação profissional das assistentes sociais na saúde pública.

Diante disso, foi questionado às assistentes sociais quais as estratégias e meios utilizados por elas para enfrentar os limites que perpassam o âmbito institucional e a política de saúde, 50% relataram não desenvolver aspectos que visem à emancipação do usuário, incentivando a busca pela defesa dos direitos sociais; de tal modo que as demais, 50% das profissionais se pautam em posicionamento crítico. Como pode ser evidenciado:

Eu acho que principalmente o empoderamento porque, é, eu tento muito mostrar pra ele o quão importante é ir ao Ministério Público, ir a defensoria pública para assim ser possível ter o direito à saúde garantido né, porque como a gente sabe, no caso dos exames, demoram muito para serem marcados . Tem a ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde também, só que eu tenho achado cada vez menos eficaz, mas é aquele negócio, você tem opções, dá trabalho, mas só com isso que a gente vai mudar (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Quando o direito é negado ou demorado a ser garantido, cabe a mim, deixar claro o motivo do não acesso, entendeu. Então eu tenho até aqui o papelzinho com o número da ouvidoria, de tudo e digo: vá para esse local, vá na defensoria pública, questione que é seu direito e eles vão acionar a secretaria, e eles vão dar uma resposta, assumir o que é deles de obrigação. É questão de esclarecimento de acesso ao direito. E são coisas assim que no instante resolve, sabe. Mas assim, a gente tem que direcionar, são estratégias que a gente pode fazer uso né (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Essas mediações tendem a viabilizar o acesso aos serviços de saúde, por parte dos usuários, na perspectiva dos direitos sociais. No entanto, as profissionais explanaram ainda que apesar de atuar sob essa perspectiva, muitos usuários acabam não procurando os meios legais para poder ter de fato acesso aos serviços de saúde de acordo com suas necessidades, isso acontece, principalmente, devido à imobilização que permeia os usuários, como já sinalizado neste estudo. Apesar desse desafio, essas profissionais inferem também, neste quesito, experiências exitosas, que levam ao direcionamento de respostas voltadas para a materialidade do PEPSS, como as relatadas.

As demais assistentes sociais relataram que buscam apenas como estratégia para superar os limites presentes fazer uso de recursos próprios quando possível, para assim desenvolverem as atividades necessárias no exercício profissional, bem como buscarem apoio junto a instituições privadas, como já apontado. Esse posicionamento pode demonstrar a necessidade dessas assistentes sociais de apreender a realidade institucional e societária, somente essa percepção permite às profissionais compreender os limites impostos pela conjuntura institucional e social, através disso será possível contribuir para o empoderamento, protagonismo e fortalecimento, apesar dos desafios, dos usuários por meio da educação política, e consequentemente para a materialização do PEPSS.

Assim, as profissionais “[...] tem muito mais possibilidades de alcançar a clareza de seus compromissos éticos e políticos [...] isso permite escolher com responsabilidade suas estratégias e táticas [...] com essa concepção cai por terra a suposta neutralidade [...] do Serviço Social” (GUERRA 2007, p.26). Nesta direção, foi questionado também sobre autonomia profissional, todas as profissionais entrevistadas explanaram que no que tange à realização de suas ações, possuem sim autonomia.

Sim, eu tenho autonomia, por exemplo, eu tenho a liberdade de conduzir minha atuação, temos autonomia para desenvolver nosso trabalho. Aliás, na minha trajetória profissional, eu nunca encontrei essa barreira de direcionarem o que eu quis fazer, sempre tive liberdade para desenvolver minhas ideias (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Eu reconheço que a gente tem autonomia, a gente aqui na sala é um espaço nosso, aqui dentro com o usuário a gente que determina a condução do nosso fazer profissional, do jeito que a gente acha melhor. Tipo, a gente não é reprimido para dizer: faça ouvidoria, vá na defensoria pública né. (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Eu tenho autonomia [...] por conta do empoderamento da profissão né. Então eu sei que não adianta pressão alguma de, de gestor ou de outro trabalhador, de usuário, de tentar me constranger [...] querendo que eu faça uma coisa que eu entenda que não deva fazer, porque vai ferir o meu Código de Ética. Assim, eu sinto que tenho plena autonomia nesse sentido (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Ressalta-se que a autonomia mencionada pelas assistentes sociais é sempre relativa, pois para desenvolver a atuação profissional dependem dos instrumentos de trabalho, das condições de trabalho, de vínculo empregatício, estando assim na condição de trabalhadoras assalariadas. Compreende-se que a conjuntura institucional é perpassada por correlações de forças oriundas da própria lógica institucional, bem como do nível societário que são

atravessadas pelos determinantes econômicos, sociais e políticos que refletem também no âmbito institucional. É a partir dos limites presentes no âmbito institucional e da condição de trabalhador assalariado, que de acordo com Iamamoto (2007a), concretiza-se a relativa autonomia das profissionais no que tange ao desempenhar de suas ações.

Assim, destaca-se que é importante a percepção das profissionais entrevistadas em relação ao fato de terem autonomia, mesmo sendo essa relativa, uma vez que a partir da mesma é possível direcionar a atuação profissional para a materialização do PEPSS. Contando da relativa autonomia, as profissionais coadunam sua atuação para a emancipação do usuário, para que o mesmo possa participar da luta pela defesa da garantia de seus direitos sociais, como o direito à saúde de qualidade para todos, consolidando assim princípios do projeto profissional que motivam um projeto externo aos interesses da burguesia.

Apesar de todas as profissionais relatarem possuir autonomia profissional, apenas 37,5% das mesmas problematizaram e conseguiram estabelecer a relação entre a autonomia profissional e o PEPSS, as demais, 62,5%, confirmaram ter autonomia profissional, mas sem conseguir fazer essa interlocução. Esse resultado também é um desafio para materialização do PEPSS, pois a maioria das profissionais não souberam explicar a relação existente entre a autonomia relativa e o projeto profissional.

Eu tenho autonomia, como eu lhe disse, mas eu não vejo muita relação entre ela e o projeto não, porque o projeto ele exige uma autonomia, digamos que mais ampla, mais complexa, exige mais do profissional, exige luta e aqui eu acho que não tenho esse perfil [...] (LUMA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Tenho a autonomia, mas eu não sei explicar para você agora a relação entre o Projeto Ético-Político e ela não. Eu acredito que seja algo distante [...] já que a teoria é uma coisa e a prática outra, a gente está vendo esse momento de tanta regressão, acaba que vejo essa relação distante mesmo (TAINARA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Esse resultado também é um desafio para materialização do PEPSS, no que se refere à atuação das assistentes sociais entrevistadas, posto que a maioria das profissionais não souberam explicar a relação existente entre a autonomia relativa e o projeto profissional. Um dos fatores que ocasionam tal constatação pode estar atrelado à ausência e/ou ampliação de leituras e educação permanente na área de Serviço Social, especificamente.

Com efeito, sinaliza-se a necessidade das assistentes sociais entrevistadas terem maior clareza e ampliar a concepção da autonomia relativa imbricada à concretude do projeto profissional. Porquanto, conforme Iamamoto (2007a), o fato de poder moldar a atuação

profissional é também decorrente da relativa autonomia, haja vista possibilita que as assistentes sociais busquem redefinir a ação profissional, compreendendo a realidade para além das demandas encaminhadas no âmbito institucional, consubstanciando a atuação numa perspectiva crítica. Isso quer dizer que é a partir do próprio caráter contraditório que permeia as relações sociais capitalistas que se tem a possibilidade de redefinir a atuação profissional das assistentes sociais, através da autonomia relativa. Corrobora-se, ainda, que, “[...] as categorias história, totalidade e trabalho são, pois fundamentais para entendermos e ampliarmos a concepção de autonomia relativa [...]” (SILVA, 2012, p. 73).

Por conseguinte, como visto, através da dimensão técnico-operativa, por meio das questões levantadas, foi possível conhecer a articulação entre a atuação das assistentes sociais entrevistadas e a materialização do PEPSS, a qual, neste sentido, pressupõe-se que se encontra também fragilizada, porque a atuação profissional, como visto em alguns pontos, encontra-se limitada, no que concerne ampliação de posicionamento crítico, a favor da concretude do projeto profissional.

3.3.2.3 Dimensão Ético-Política/dimensão política-organizativa

Sabe-se, como já apontado neste estudo, que as dimensões colocadas por Teixeira e Braz (2009) e as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-político, as quais levam à materialização do PEPSS, não estão dissociadas. Assim, a dimensão político-organizativa da profissão está também imbricada à ético-política, dessa forma, tais elementos serão analisados a seguir, de modo a apreender a participação das assistentes sociais nos espaços de deliberações e de representação da profissão, bem como perceber como as profissionais compreendem o projeto profissional.

Neste sentido, foi indagado as assistentes sociais entrevistadas qual a concepção acerca do conjunto CFESS/CRESS e o envolvimento também das profissionais com a entidade do CRESS/SE. Todas as assistentes sociais ressaltaram compreender a importância desse conjunto de entidades representativas da profissão a favor da construção e solidificação de lutas favoráveis a posicionamentos críticos em relação aos interesses coletivos da categoria. Todavia, apesar dessa compreensão, todas as profissionais relataram não participar das atividades que são realizadas pelo CRESS/SE.

O CFESS/CRESS é importante, representa a categoria também né. Mas eu ando bem ausente de movimento mesmo, não participo das assembleias, das

reuniões e nem mesmo das eleições do CRESS daqui quando tem, devido à minha vida pessoal e também porque a gente ver a luta enfraquecendo né, desmotiva (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Considero espaços importantes pra acompanhar o processo de trabalho, mas não estou tendo envolvimento com as atividades do CFESS/CRESS, ando bem afastada das atividades promovidas pelas entidades que representam nossa categoria também [...] (ELIZABETE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Eu acho que o conjunto CFESS/CRESS muito importante, eu acho assim, todas as entidades da categoria são importantes, os movimentos sociais também. Eu já tive muito envolvimento com essas entidades e com os movimentos sociais, mas hoje em dia não tenho, por acreditar que muitos movimentos deram uma perda, sabe, ando desacreditada mesmo (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Eu acho fundamental. Assim, eu acho que o conjunto CFESS/CRESS tem um papel de desenho ético-político na nossa profissão que é assim, fundamental, trouxe para nós referenciais muito importantes. Eu não vejo essa profissão com a força que ela tem, com a capacidade de reflexão teórica-metodológica, técnico-operativa, que envolve nosso projeto né, se não fosse o papel que o conjunto CFESS/CRESS teve né ao longo desse tempo, de fato acho que é muito importante. Agora no momento eu não tenho me envolvido nas atividades que eles promovem, também acho que tá muito centralizado, assim me desinteressou, realmente estou distante dos movimentos (MILAINE, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

O conjunto, por exemplo, tem sido fundamental pra garantir alguns direitos e pra conseguir algumas melhorias na saúde também, teve momentos importantíssimos de conquistas. No entanto, a gente passa por um processo de refluxo dos movimentos sociais, também de envolvimento nessas entidades, essa descrença não atinge somente o usuário da saúde, não é só usuário né, existe uma falta de esperança, uma descrença geral mesmo, até com nós trabalhadores. No momento eu não tenho envolvimento com as atividades CFESS/CRESS e nem com movimentos sociais, confesso, não estou na linha de frente não (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

A propósito destas afirmações, todas as assistentes sociais afirmaram que consideram fundamental a existência de movimentos sociais, porém somente 12,5% das profissionais relataram participar de movimentos sociais que partilham dos princípios do projeto profissional do Serviço Social, em prol da luta da classe trabalhadora; as demais, 87,5% das assistentes sociais participantes da pesquisa, explanaram não ter nenhum tipo de vínculo com movimentos sociais. Desta forma, as assistentes sociais parecem se contrapor à expansão dos princípios que fazem parte do Código de Ética de 1933, qual seja: “[...] apoiar e/ou participar dos movimentos sociais e organizações populares vinculados à luta pela consolidação e ampliação da democracia e dos direitos de cidadania” (CFESS, 2012, p. 34).

Diante desse contexto, acentua-se a importância de ampliar principalmente o envolvimento das assistentes sociais nas atividades que são realizadas tanto pelo conjunto CFESS/CRESS, especialmente do CRESS/SE, e dos movimentos sociais em prol da classe trabalhadora, pois compreende-se que as entidades representativas da categoria profissional e os movimentos sociais que lutam a favor de uma nova ordem societária estão interligados, não sendo dissociáveis. Destaca-se tal importância, devido ao fato de que, como já sinalizado no capítulo I deste estudo, é por meio da organização política da categoria profissional, que são reafirmados os determinantes e dimensões que edificam o PEPSS, em sua direção sócio-política, de modo a expandir a busca por ações coletivas para enfrentar o projeto societário conservador burguês.

Ademais, o papel dessas entidades na consolidação do projeto profissional é “[...] de liderança, de linha de frente, porque é a categoria que está trazendo a outras o tema da ética profissional em seu vínculo com a política, o que pressionará a todos ao enfrentamento do canibalismo da sociedade capitalista” (TEIXEIRA, 2009, p.19).

O não envolvimento das profissionais a essas entidades e a movimentos sociais que compartilhem dos princípios do PEPSS leva a uma fragilização do mesmo, pois debilita a organização política da categoria, dos movimentos sociais, das instituições democráticas, bem como as discussões e as lutas em favor da consolidação do projeto mencionado, sendo isso, uma implicação para sua concretude. Conforme Behring e Boschetti (2011), a materialização do PEPSS encontra-se imbricada também à atuação profissional crítica, junto ao fortalecimento dos movimentos tanto das entidades representativas da categoria, como dos movimentos sociais gerais em prol da classe trabalhadora.

As justificativas colocadas pela maioria das profissionais em relação ao fato do não envolvimento nas atividades das entidades representativas da profissão e movimentos sociais, estão relacionadas principalmente à ausência de motivação em participar das atividades promovidas pelas entidades e movimentos, como constatado nos depoimentos anteriores. Essa ausência de motivação por parte das assistentes sociais pode estar articulada também ao retrocesso dos movimentos sociais no contexto da ofensiva neoliberal, visto que nos dias atuais há um individualismo exacerbado em detrimento da luta e atuação coletiva, ocasionando a fragmentação dos movimentos sociais, os quais se tornaram pontuais. Além disso,

Governos afinados com a direita neoliberal vêm adotando políticas direcionadas a desativar o potencial de resistência dos trabalhadores através

do desmantelamento de suas estruturas organizativas [...] do fortalecimento da repressão policial e da criminalização jurídica das manifestações de protesto (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p.295).

Essa conjuntura que perpassa os movimentos sociais traz impactos negativos para a dimensão política-organizativa e ético-política das assistentes sociais, na medida em que a despolitização ainda prevalece presente no que se refere à postura político-profissional da maioria das entrevistadas, não obstante, como visto, as mesmas encontram-se numa situação de imobilização também frente aos regressos que assolam a conjuntura das relações sociais contemporâneas pautadas na ofensiva neoliberal. Assim, enfatiza-se a importância das assistentes sociais entrevistadas ampliarem a atuação profissional e envolvimento junto aos espaços de deliberações da categoria e a movimentos sociais que partem de projetos progressistas.

Quando questionadas acerca da compreensão do PEPSS, as profissionais centraram-se principalmente no Código de Ética de 1993, não abrangendo suas respectivas apreensões para a Lei de Regulamentação (Lei nº 8662/1993) e para as Diretrizes Curriculares de 1996, apesar de terem concluído a graduação entre as décadas de 1980, 1990, e 2000, períodos de construção e consolidação do PEPSS. Ademais, 75% das profissionais afirmaram que ele é possível de ser materializado no exercício profissional, apesar dos limites inerentes a sociedade burguesa, e 25%, que não.

É a questão da liberdade como valor central, do compromisso com a qualidade dos serviços prestados, entendo assim. A questão da atuação sem discriminar e sem ser discriminado né, é o nosso Código de Ética, basicamente [...] A gente faz isso no nosso dia-a-dia, então por isso eu acredito que o projeto é materializado (VALENTINA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Olha pra mim ele está relacionado a um Estado de direito, um Estado democrático, baseado na Constituição Cidadã de 1988. Está relacionado ainda ao nosso Código de Ética, que está baseado também em direito, em cidadania e a garantia de acesso ao direito à saúde dos usuários, a gente vem buscando isso todos os dias aqui. Então o nosso projeto é viável, como posso falar, concretizado, mesmo neste momento difícil, o nosso projeto não vai mudar, eu acho que o caminho é ele, a gente deve seguir nessa direção, enfrentando os limites cotidianos (SHENA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Pra mim, nosso projeto é o Código de Ética, que é uma forma de direcionar o fazer profissional né, ele vai direcionando você, vai dando luz no nosso fazer aqui, mesmo diante dos retrocessos sociais, quem faz o projeto é o profissional, ele vai colocando no dia-a-dia [...] mas a gente sabe que é difícil, porque só vemos retrocessos [...] (BIANCA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Apesar de direcionarem o PEPSS para um de seus elementos, qual seja: o Código de Ética de 1993, como já sinalizado, os resultados revelados confirmam e demonstram a fragilidade de compreensão acerca do projeto profissional do Serviço Social, pois revelam limites de conhecimento acerca das dimensões que o materializam. Deste modo, pressupõe-se que as profissionais entrevistadas não percebem a articulação entre as dimensões que concretizam o PEPSS. Esse contexto implica também na materialização do projeto mencionado, penalizando a possibilidade de apreensão ampla e fundamentada do mesmo, haja vista o Código de Ética atual é uma expressão destacada do PEPSS, mas enfatiza-se, nesse contexto, a Lei de Regulamentação da profissão atual e as Diretrizes Curriculares de 1996. Além disso, destaca-se que apesar da maioria das profissionais afirmarem que o PEPSS é possível de ser materializado no exercício profissional, os dados mostraram que é preciso ampliar a atuação profissional, no que tange posicionamentos e respostas profissionais no viés crítico.

Ademais, essa dificuldade “[...] reflete na organização da categoria e na visibilidade social da profissão, na medida em que quando um assistente social faz algo ele o faz em nome de toda uma história, memória e categoria profissional” (SILVA, 2012, p.80).

Quanto às profissionais que relataram não considerar que o PEPSS tem sido possível de ser materializado no exercício profissional, explanaram que os principais motivos para tanto estão imbricados especialmente à ausência de efetividade das políticas sociais, que ocasiona dificuldades de acesso aos serviços de saúde, no caso, por parte da população atendida.

Na prática, você não tem tanta possibilidade de colocar o projeto em execução, porque as políticas sociais não são efetivas como deveriam né. O usuário chegou, hoje pela manhã, falando que a consulta com o ortopedista ainda não foi marcada e já faz tempo que ele precisa. Então a demanda cresce, mas as ofertas de respostas diminuem. As políticas sociais estão falidas, praticamente (TAINARA, ASSISTENTE SOCIAL, 2017).

Sob tal enfoque, acentua-se que a atuação profissional das assistentes sociais participantes da pesquisa não pode estar condicionada no fatalismo de que o profissional nada pode fazer, porque a realidade social já é determinada, nem no messianismo, de que a boa vontade, a superioridade do profissional sobre a realidade social, é suficiente para transformar a mesma (IAMAMOTO, 2007b). Dessa forma, reforça-se que é fundamental, para se ter uma

visão crítica desta conjuntura, o conhecimento dos limites e possibilidades do fazer profissional no contexto das relações sociais antagônicas na sociedade capitalista.

Destarte, “O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem [...] ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos [...]” (IAMAMOTO, 2007a, p.17).

Por conseguinte, a partir deste trabalho, realizado mediante a contribuição e participação das assistentes sociais entrevistadas, serão traçadas a seguir as considerações finais acerca do objeto de estudo da presente pesquisa, tendo como objetivo sinalizar alguns elementos que devem estar constantemente em reflexão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do trabalho desenvolvido, foi possível analisar o objeto de estudo da pesquisa, qual seja: a atuação do assistente social, especialmente dos profissionais inseridos nas USF's de Aracaju/SE, e os desafios/implicações para a materialização do PEPSS. Desse modo, os objetivos propostos nesta pesquisa foram alcançados, visto que foi possível aproximações sucessivas com o objeto de estudo mencionado, com base na perspectiva crítica consubstanciada na concreticidade e totalidade.

As reflexões teóricas discutidas no primeiro capítulo do estudo nortearam e auxiliaram a compreender a trajetória sócio-histórica do posicionamento político-ideológico da atuação profissional do assistente social, enquanto profissional legalmente reconhecido. Entre os elementos teóricos discutidos, estavam o processo de gênese do Serviço Social no Brasil, o Movimento de Reconceituação na América Latina e a Renovação do Serviço Social também no país mencionado.

Destarte, como apontado nas discussões deste estudo, reafirma-se que a direção ético-política da atuação profissional em seus primórdios estava orientada para a articulação entre conservação da ordem capitalista vigente, ampliação do capital e Estado. O Movimento de Reconceituação na América Latina e o processo de Renovação do Serviço Social brasileiro marcaram a história da profissão, entre mudanças e continuidades, no que se refere, notadamente, à ruptura com o tradicionalismo e a redefinição da atuação profissional. Esses movimentos impulsionaram o Serviço Social a refletir sobre sua posição e o fazer profissional, de modo que a profissão passou a voltar-se para as contradições inerentes às relações sociais capitalistas, apreendendo a dinâmica dialética e contraditória da realidade social, acentuando a dimensão política a favor da classe trabalhadora. Assim, conclui-se que esse cenário contribuiu para a construção e consolidação do PEPSS, bem como subsidiou o processo de formação profissional e os arcabouços legais da profissão vigentes: Código de Ética de 1993, Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8662/1993) e Diretrizes Curriculares de 1996; num viés crítico.

Neste sentido, os elementos teóricos discutidos no segundo capítulo, e não menos importante para a compreensão do objeto de estudo da pesquisa, dizem respeito à política de saúde e o Serviço Social no contexto contemporâneo. A partir dessa discussão, entende-se que a contrarreforma neoliberal, desde a década de 1990, vem regredindo os direitos sociais conquistados por meio de diversas lutas e reivindicações da classe trabalhadora. Desse modo, a política social, como a política de saúde, vem sendo caracterizada como: precarizada,

fragmentada, focalizada (SOARES, 2010), tornando insuficiente a concretização dos direitos sociais de modo efetivo. A lógica da racionalidade instrumental, altamente favorável à onda neoliberal, é de que o Estado não consegue garantir as políticas sociais para todos, mas apenas para aqueles que não conseguem comprar os serviços ofertados pelo mercado. Tal processo é fundamental para a expansão e valorização do capital, acentuando-se um Estado altamente favorável à financeirização do capital em detrimento de políticas sociais efetivas.

No âmbito específico da política de saúde, a contrarreforma neoliberal, pautada na lógica da racionalidade instrumental da burguesia, é responsável também pela ausência de efetividade do SUS, o qual ao longo dos tempos não conseguiu ser concretizado de fato, levando em consideração seus objetivos e princípios apresentados na Constituição de 1988. Destarte, a política de saúde vem sendo rompida em relação ao seu caráter como universal, pública e de qualidade.

É no contexto da contrarreforma do Estado, sob o viés da ofensiva neoliberal, que se dá a atuação das assistentes sociais inseridas nas USF's de Aracaju/SE, como visto nos dados da pesquisa. Desse modo, as reflexões mostraram que esse cenário fragiliza a relação entre a atuação dessas profissionais e a materialidade do PEPSS, pois como ficou evidente, tal conjuntura ocasiona transformações históricas, socioeconômicas e culturais – uma vez que a hegemonia neoliberal provoca reconfigurações nas políticas sociais, entre as quais na política de saúde, fazendo prevalecer o sucateamento e o desfinanciamento, sendo um desafio à hegemonia do projeto profissional do Serviço Social, visto que como constatado e referenciado nas análises dos resultados, faz prevalecer dificuldade de uma atuação profissional voltada para a ampliação dos princípios do PEPSS e do Projeto da Reforma Sanitária.

Neste sentido, a pesquisa evidenciou que a atuação profissional das assistentes sociais entrevistadas tende a reificar também posicionamentos imbricados ao conservadorismo profissional, posto que o mesmo revela-se também na fragilidade do compromisso teórico-metodológico/produção de conhecimento. A pesquisa mostrou pouca ampliação de ações consubstanciadas a tal dimensão, que se expressam: na pequena porcentagem das profissionais que buscaram a pós-graduação *stricto sensu*, na ausência da educação permanente, no desenvolvimento de uma atuação profissional desprendida da dimensão investigativa, entre outros. Como visto nas análises realizadas, reafirma-se que os elementos referenciados promovem o amadurecimento teórico e político das assistentes sociais, bem como a articulação entre a atuação profissional e a concretude do PEPSS de modo efetivo. Assim, a partir dos dados, elucida-se que essa atuação mais empiricista apresenta-se enquanto

desafio e implicação na perspectiva da materialização do PEPSS, uma vez que é a aproximação com a educação permanente, com o espaço acadêmico, com a realização de leituras, pautadas na teoria social crítica, que possibilita respostas profissionais mais amplas e condizentes com o PEPSS e o projeto da Reforma Sanitária, de modo a romper com tendências conservadoras da atuação profissional e com o conhecimento fragmentado da realidade social, ocasionando a compreensão de maneira crítica dos fenômenos sociais e a busca de estratégias de ações e direcionamentos solidificados no projeto profissional.

Destaca-se, de antemão, que os desafios e implicações para a materialização do PEPSS, imbricados à atuação profissional das assistentes sociais participantes da pesquisa, não possui como propósito culpabilizar tais profissionais, e sim problematizar limites e possibilidades voltados para a concretude do projeto profissional do Serviço Social no contexto do âmbito institucional e da dinâmica societária, pois compreende-se que a sociedade burguesa oferece limites para a materialização de tal projeto, os quais estão diretamente relacionados a ofensiva neoliberal.

A pesquisa revelou ainda, no tocante à dimensão técnico-operativa/dimensão jurídico-política da profissão, que as principais demandas requisitadas pelos usuários e pela instituição são, em sua maioria, imediatas, burocráticas, pragmáticas, pontuais, entre outras, de tal modo que as respostas profissionais são perpassadas especialmente pela imedaticidade. Destarte, a partir dos dados, conclui-se que algumas respostas profissionais, mesmo permeadas por contradições, sinalizam a atender as necessidades sociais e de saúde dos usuários, sendo condizentes com legislações que normatizam a profissão e com aspectos que marcam a materialidade do PEPSS perante a atuação profissional. Todavia, reafirma-se que é necessário ampliá-las ancoradas no rigor teórico crítico, o que pode ser pressuposto para o fato de que a materialização do projeto profissional vem ocorrendo de forma superficial, pois como foi possível constatar, prevalece à predominância de respostas centralizadas a abordagens individuais, na imedaticidade, no conhecimento fragmentado da realidade na qual estão inseridas. O que se apresenta também enquanto desafio e implicação, coaduna a atuação profissional, na perspectiva da materialização do PEPSS, sendo preciso apreender e responder as demandas para além do ser caráter emergencial, imediatista e burocrático. Assim, considerando essa linha de raciocínio, será possível fortalecer os princípios e valores do projeto profissional do Serviço Social.

Os resultados confirmaram, desse modo, a hipótese da pesquisa: depreende-se a prevalência na área da saúde o predomínio das seguintes demandas encaminhadas ao Serviço Social: burocráticas, imediatas, pragmáticas, as quais determinam a atuação profissional das

assistentes sociais. Mediante essa conjuntura, as assistentes sociais encontram dificuldades para materializar o PEPSS no campo da saúde pública. No entanto, infere-se que experiências exitosas, mesmo permeadas por contradições, vêm se constituindo como respostas profissionais que direcionam para a concretude do PEPSS.

A pesquisa revelou ainda as condições objetivas nas quais ocorrem à atuação profissional das assistentes sociais entrevistadas. No tocante às condições que circunscrevem o ambiente institucional, foi evidenciada má condições de trabalho no que se refere à estrutura física das USF's, bem como a ausência de recursos financeiros para desenvolver atividades voltadas para educação em saúde, entre outros. Com referência aos limites da APS, evidenciou má operacionalização, no que tange à prestação de serviços de saúde de qualidade. Nesta lógica, os princípios do SUS consubstanciados ao da Reforma Sanitária não vêm sendo materializado de modo efetivo no contexto da contrarreforma do Estado, referenciada na ofensiva neoliberal, pois os pontos de atenção à rede de saúde da APS: resolutividade, acolhimento, responsabilização e vinculação, estão comprometidos.

Esse cenário pode impactar a articulação entre a atuação das assistentes sociais no âmbito do trabalho nas USF's de Aracaju/SE e a materialização do PEPSS, manifestando desafio e implicação para tanto, uma vez que, como ficou evidente tal situação de limitação das condições de trabalho e da operacionalização da APS, reflete negativamente no fazer profissional das assistentes sociais, na medida em que fragiliza, principalmente, a prestação de serviços com qualidade, a realizações de ações direcionadas para educação em saúde e trabalhos com grupos, desenvolvendo, por exemplo, atividades de oficinas, palestras, entre outras, que possam mobilizar os usuários a assumirem posicionamentos reorientados aos interesses coletivos e societários, condizentes com o projeto profissional do Serviço Social.

Os resultados também sinalizam para a fragilidade com o aspecto da participação e mobilização política, o qual está interligado também a dimensão ético-político, constatado na mínima participação e envolvimento das assistentes sociais participantes da pesquisa nos espaços de deliberações e de representação da categoria profissional, bem como de movimentos sociais que partilhem dos mesmos princípios do PEPSS em favor da classe trabalhadora. Sabe-se que o enfraquecimento da atuação político-organizativa representa ainda desafio e implicação para a materialização do PEPSS, visto que a relação das profissionais nestes espaços fortalece o conhecimento do PEPSS perante as mesmas, a luta coletiva em favor da sua concretude no exercício profissional, por meio de estratégias que ampliem a consolidação do projeto mencionado, bem como acompanhar o processo de mudanças sociais no âmbito da profissão e da conjuntura societária. Diante disso, sugere-se

que principalmente as entidades representativas da profissão, de preferência CRESS regionais, promovam também mais capacitações, momentos de reflexões, como rodas de conversas acerca do cotidiano de trabalho dos profissionais e a materialização do PEPSS, entre outras ações que proporcionem ampliar a discussão da concretude do projeto mencionado nos campos de atuação dos assistentes sociais, como na área da saúde, nas USF's.

Portanto, pressupõe-se que a materialização do PEPSS na saúde, atenção primária, no município de Aracaju/SE, no contexto da contrarreforma do Estado, acontece de forma fragilizada. Logo, a articulação entre a atuação profissional das assistentes sociais das USF's de Aracaju/SE e a materialização do PEPSS é perpassada por implicações que estão relacionadas aos limites da sociedade burguesa, os quais são atravessados, especialmente pela ofensiva neoliberal, que interferem na concretude do projeto profissional, sendo as assistentes sociais, requisitadas e desafiadas a buscar estratégias que ampliem a materialidade do projeto mencionado.

A partir disso, apreende-se que os limites são muitos frente à expansão do projeto societário neoliberal, pois a ruptura com tendências conservadoras também depende das condições históricas e objetivas nas quais ocorrem o exercício profissional. Porém, as possibilidades para a concretude do PEPSS à atuação das assistentes sociais são muitas, destacando, nesse processo: a educação permanente; a aproximação com teorias pautadas na vertente crítica; a produção de conhecimento, consubstanciada na realização de pesquisa; o conhecimento da realidade na qual estão inseridas e do contexto societário; o reconhecimento de que a sociedade é contraditória, visto que permite compreender que o contexto social é passível de transformação; e o fortalecer dos espaços democráticos da profissão e dos movimentos sociais. Desse modo, é possível também estabelecer estratégias que possibilitam o refletir sobre o binômio ação-resultado, indo além da imediatez e, fortalecendo, assim, os projetos externos ao interesse da racionalidade instrumental da burguesia.

Destarte, a pesquisa faz-se relevante por permitir explorar um tema importante para o Serviço Social, tendo em vista a necessidade de ampliar o leque de estudos e produções científicas sobre a temática. Desse modo, espera-se que o estudo possa abrir novas possibilidades, caminhos e até mesmo investigações, tendo em vista a ampliação do PEPSS.

Por fim, “É preciso entender que o projeto ético-político do Serviço Social não está dado. É um processo em construção, o que exige de nós esforço permanente de aprimoramento intelectual, estratégico e tático-operativo [...] é preciso vencer” (GUERRA, 2009b, p.19).

REFERÊNCIAS

- ABREU, M.M. **Serviço Social e a organização da cultura**: perfis pedagógicos da prática profissional. São Paulo: Cortez, 2002.
- ALMEIDA, C. O SUS que queremos: Sistema nacional de saúde ou subsetor público para pobres? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003.
- ALVES, G. **Dimensões da Reestruturação Produtiva**: ensaios de sociologia do trabalho. 2ª edição. Londrina: Práxis, Bauru: Canal 6, 2007.
- ANDRADE, K. R. **A formação profissional do assistente social na Residência Multiprofissional em Saúde do HU/UFS**. Dissertação (Mestrado)-UFS, São Cristóvão, 2015.
- ANDRADE, M.A.R.A. O metodologismo e o desenvolvimentismo no Serviço social brasileiro – 1947 a 1961. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 17, n. 1, p. 268-299, 2008.
- ANTUNES, R.L.C. **Os Sentidos do Trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 8.ed. São Paulo: Biotempo, 2006.
- ARACAJU. **Aracaju em dados**. Prefeitura Municipal de Aracaju Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (ABEPSS). **Diretrizes Curriculares para o Serviço Social**. Brasília: ABEPSS, 1996. Disponível em http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf Acesso em 03. maio.2017.
- BARROCO, M.L.S. Ética e política entre a ruptura e o conservadorismo. **Revista Inscrita**, Brasília, ano 8, n. 21, p. 31-39, nov.2009.
- _____. **Ética e Serviço Social**: fundamentos ontológicos. 3ª ed. São Paulo, Cortez, 2005.
- _____. TERRA, S. H. **Código de Ética do/a assistente social comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.
- BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2. Ed.- São Paulo: Cortez, 2008.
- _____. BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo, Cortez, 2011.
- BERTOLOZZI, M.R. GRECO, R.M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.30, n.3, p.380-398, dez.1996.
- BOURGUIGNON, J. A. A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social. **Revista Katál**. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 46-54, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/1992, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas emendas constitucionais de revisão nº 1 a 6/1994. –53.ed. –Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2018.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. il. – (Série E. Legislação em Saúde)

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A.E.[et al]. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. –São Paulo: Cortez; Brasília-DF:OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. MATOS, M. C. de. A Saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M.I.S. PEREIRA, P.A.P (orgs). **Política Social e Democracia**. 4.ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

_____. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. [et al]. **Saúde e Serviço Social** - 5.ed.- São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BRAVO. M.I.S. **Saúde e serviço social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. 1.ed. – São Paulo: Cortez 2013.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, vol. 27, n. 78, p.7-26, São Paulo, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002 Acesso em 06/07/2017.

CASTRO, M. M.de.C.e. **Trabalho em saúde**: a inserção do assistente social na atenção primária à saúde em Juiz de Fora/Minas. Dissertação de mestrado- Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. LAPPIS –Laboratório de Pesquisa sobre práticas de integralidade em saúde. Rio de JANEIRO: ENSP, 2004. Disponível em [http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade e Equidade na Atencao a saide Prof Dr Lui z Cecilio.pdf](http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_Prof_Dr_Lui_z_Cecilio.pdf) Acesso em 05/03/2018.

CEOLIN, G. F. **Crise do Capital, Precarização do Trabalho e Impactos no Serviço Social**. Rev. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 118, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n118/a03n118.pdf> Acesos em 09/03/2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Assistentes Sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional. Brasília: CFESS, 2005.

_____. **Código de Ética do/a assistente social**. 10ª. ed. rev. e atual. – Brasília, 2012. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf Acesso em 03/05/2017.

_____. **Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão**. 10ª.ed. rev. e atual. – Brasília, 2012. Disponível em http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf Acesso em 03/05/2017

_____. **Parâmetros para atuação do assistente social na saúde**. Brasília: CFESS, 2014. (Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais).

_____. **Resolução CFESS nº 383/99**. Brasília: CFESS, 1999.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo. Xamã, 1996.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A.C. (org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo, Cortez, 1995.

COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

COUTINHO, C. N. **Estruturalismo e miséria da razão**. 2ª edição, São Paulo: Expressão popular, 2010.

_____. **Cultura e Sociedade no Brasil**: ensaios sobre ideias e formas. 3ª edição. Ver. E ampliada. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

DIEESE. **Pesquisa nacional da Cesta Básica de Alimentos**: salário mínimo nominal e necessário. Disponível em <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/salarioMinimo.html> acesso em 29/01/2018.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, DC, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso em: 14 agost. 2017.

FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editomara Fiocruz, 2002.

FORTI, V. GUERRA, Y. “Na prática a teoria é outra?”. In: FORTI, V. GUERRA, Y. (org). **Serviço Social**: temas, textos e contextos. 2.ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise de Conteúdo**. Brasília, 3ª edição: Liber livro editora, 2008.

FREITAS, R. de.C. M. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Katál**. Florianópolis, v. 10 n. 1 p. 65-74 jan./jun. 2007.

GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M.H.M.de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. ESCOREL, S. LOBATO, L.V.C. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GOMES, K. de.O. et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1), p.881-892, 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700020 Acesso em 07 agosto.2017

GUERRA, Y. A. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências profissionais**. Brasília/DF, 2009a.

_____. A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. In: SANTOS, C.M.dos. BACKX, S. GUERR, Y. **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. 2 ed. – Juiz de Fora: Editora: UFJF, 2013.

_____. “Virada” do Serviço Social. **Revista Inscrita**, Brasília, ano 8, n. 21, p. 5-12, nov. 2009b.

_____. O Projeto Profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas a prática profissional. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 28, n.91, p.5-33, set.2007.

_____. BRAGA, M.E. Supervisão em Serviço Social. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências profissionais**. Brasília/DF, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A. E. (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009a.

_____. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 120, p.609-639, out/dez.2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n120/02.pdf> Acesso em 03/05/2017.

_____. A Questão Social no Capitalismo. **Temporalis**, Brasília, ano 2, n.3, p.9-31, jan/jul. 2001.

_____. O debate contemporâneo do Serviço Social e a ética profissional. In: BONETTI, D.A. [et al]. **Serviço Social e ética**. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2008a.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2007a.

_____. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências profissionais**. Brasília/DF, 2009b.

_____. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 13ª ed. São Paulo: Cortez, 2007b.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008b.

_____. CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 40 ed. São Paulo: Cortez, 2014.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto.** Tradução de Célia Neves e Alderico. 2ª ed. Rio de Janeiro, paz e terra, 1976.

KOIKE, M.M. Formação profissional em Serviço Social: exigências atuais. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências profissionais.** Brasília/DF, 2009.

LAURELL, A. C. Avançando em direção no passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, A.C. (org). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** São Paulo, Cortez, 1995.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LÊNIN, V.I. **O Imperialismo:** fase superior do capitalismo. 3 ed. São Paulo: Global, 1985.

LIMA, J. B. de. **As orientações dos organismos financeiros internacionais à política de saúde brasileira no contexto da financeirização do capital.** Dissertação de mestrado- Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2011.

MAMEDE, E.L. **A direção ético-política da prática do Assistente Social:** uma análise no âmbito hospitalar público à luz do Projeto Profissional. Dissertação (Mestrado) – UFPB, João Pessoa, 2009.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio.** São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARSIGLIA, R.M.G. O projeto de pesquisa em Serviço Social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social,** Módulo 5: Intervenção e pesquisa em serviço social. Brasília-UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância, 2001.

MATOS, M. C. de. **Serviço Social, ética e saúde:** reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MENEZES, M.T. LUSTOSA, M.das G. Reflexões sobre o Ensino da Prática no Serviço Social e os Impasses para a Consolidação do Projeto Ético-Político Profissional. In: FORTI, V. GUERRA, Y. (org). **Serviço Social:** temas, textos e contextos. 2.ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.

MENDONÇA, J.U.de. SILVA, M.L.M.C e. **Sergipe Panorâmico:** geográfico, político, histórico, econômico, cultural, turístico e social. Aracaju: UNIT, 2009

MINAYO, M.C.de S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. [29. ed.]. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

_____. et al. Qualidade de vida e saúde; um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf> Acesso em 04/03/2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218 de 06 de março de 1997**. Reconhece como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: Assistentes Sociais, biólogos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; [...]. Diário Oficial [da] República federativa do Brasil, Brasília, DF, 06. Março. 1997. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/legislacao/documentos/resolucaosaude1997-218.pdf>. Acesso 23. ago. 2017.

_____. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 11 ago. 2017.

_____. E-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php> Acesso em 05/03/2018.

MIOTO, R.C.T. LIMA, T.C.S.de. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social em foco: sistematização de um processo investigativo. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre v. 8 n.1 p. 22-48. jan./jun. 2009.

MONTAÑO. C. **A natureza do Serviço Social**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____.DURIGUETTO, M.L. **Estado, Classe e Movimento Social**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MOREIRA, S.da S. **O projeto ético-político e a prática profissional dos assistentes sociais na saúde**. Dissertação (Mestrado)- UFRJ, Rio de Janeiro, 2006.

NETTO, J.P. A crítica conservadora à reconceptualização. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 2, n. 5, p. 59-75, mar.1981.

_____. A Construção do projeto ético-político contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

_____. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, A. E. .[et al]. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009a.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2009b.

_____. Introdução ao método na teoria social. In:CEFESS/ABEPSS (orgs.) **Serviço Social: direitos e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009c.

_____. O Movimento de Reconceituação – 40 anos depois. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 84, p. 5-20, nov. 2005.

_____. O Serviço Social e a tradição marxista. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 10, n. 30, p.89-102, maio/ago, 1989.

_____. BRAZ, M. **Economia Política**: uma introdução crítica. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NOGUEIRA, V.M.R. MIOTO, R.C.T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: MOTA, A.E.[et al]. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. Ed. –São Paulo: Cortez; Brasília-DF:OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. Tese (Doutorado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAULA, L.G.P. **Dimensão ídeo-política da intervenção Profissional do assistente social**: o debate teórico sobre sua conformação. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

PEREIRA, P.A.P. Concepções e propostas de política social: tendências e perspectivas. In: **Política Social**: temas e questões. São Paulo. Cortez, 2008.

RAICHELIS, R. Democratizar a gestão as políticas sociais – Um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, A.E.[et al]. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. Ed. –São Paulo: Cortez; Brasília-DF:OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

RAMOS, S. R. Limites e possibilidades históricas do Projeto Ético-Político. **Revista Inscrita**, Brasília, ano 8, n. 21, p. 41-48, nov. 2009.

RIBEIRO, E. B. O Estágio no Processo de Formação dos Assistentes Sociais. In: FORTI, V. GUERRA, Y. (org). **Serviço Social**: temas, textos e contextos. 2.ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2012.

SANTOS, J. S. **“Questão social”**: particularidades no Brasil. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, J.S. et al (orgs.). **Fiscalização do exercício profissional e projeto ético-político**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 101, p. 146-176, jan./mar. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000100008Acesso em 16/12/2018.

SARGSUS. **Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão**. Disponível: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=29&codTpRel=01>. Acesso em 01/09/2017.

SARMENTO, H.B.de.M. Instrumental técnico e o Serviço Social. In: SANTOS, C.M.dos. BACKX, S. GUERR, Y. **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social**: desafios contemporâneos. 2 ed. – Juiz de Fora: Editora: UFJF, 2013.

SARRETA, F.O. O trabalho do Assistente Social na saúde. **Ciência et Praxis** v. 1, n. 2, 2008. Disponível em <http://www.fespmg.edu.br/books/Revista-Ciencia-Et-Praxis/Volume-01-N-02-Julho-Dezembro-2008/files/assets/basic-html/page40.html> Acesso em 28/06/2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

SETUBAL, A. A. Desafios à pesquisa no Serviço Social: da formação acadêmica à prática profissional. **Revista Katálisis**. Florianópolis, v. 10 n. esp. p. 64-7, 2007.

SILVA, M. M.J.da. **A materialização do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. Campinas: Papel Social, 2012.

SILVA, M.V. **Ética profissional**: por uma Ampliação Conceitual e Política. In: BONETTI, D.A. [et al]. Serviço Social e ética. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVA, M.O.S.e. **O Serviço Social e o popular**: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, J.F.S.da. **Serviço Social**: resistência e emancipação? 1. ed.-São Paulo: Cortez, 2013.

SILVA, L.B. MENDES, A.G. Serviço Social, Saúde e a Interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. IN: SILVA, L.B. RAMOS, A. (org). **S Serviço Social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na Política de Saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SOARES, A. SANTOS, N. R. dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Rev. Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n.100, p. 18-25, jan/mar, 2014.

TAVARES, M.C. **A inserção do Assistente Social no Programa Saúde em Família em Aracaju**: tempos de um movimento. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

TEIXEIRA, J. B. Da barbárie ao paraíso. **Revista Inscrita**, Brasília, ano 8, n. 21, p. 41-48, nov. 2009.

_____. BRAZ, M. O projeto ético-político do Serviço Social. In: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social**: Direitos Sociais e Competências profissionais. Brasília/DF, 2009.

VASCONCELOS, A.M de. **A/O Assistente Social na luta de classes**: projeto profissional e mediações teórico-práticas. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2015

_____. Serviço e Práticas Democráticas na Saúde. In: MOTA, A.E.[et al]. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. 4. Ed. –São Paulo: Cortez; Brasília-DF:OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

APÊNDICES – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

Formulário de Entrevista

Caracterização do perfil profissional:

Idade:

Sexo:

Possui filhos:

Ano de formação:

Instituição de Formação: pública – privada – ead – presencial

Tempo de serviço na instituição: Consegue produzir vínculos com os usuários, famílias que atende?

Tempo de trabalho como assistente social:

Carga Horária (semanal): 30 horas – 40 horas – outras

Trabalha em outro serviço como assistente social? Se sim, em qual área?

Vínculo empregatício: CLT – Estatutário – Terceirizado – Contrato – Comissionado

Referência salarial individual correspondente à instituição na qual atua:

I- Formação

1.1-Formação profissional, em caso de especialização e aperfeiçoamento dizer qual. Se não possui pós-graduação, explique as razões/motivos.

1.2-Há incentivo da instituição para formação continuada e/ou política direcionada para a qualificação dos trabalhadores? De que forma?

1.3- Participa de atividades acadêmicas? Por quê? Se sim, quais?

1.4-Você é ou já foi preceptor de estágio obrigatório? Por quê?

1.5- Realiza pesquisa sobre a realidade na qual atua? Por quê? Se sim, como e quais os tipos? Como a dimensão investigativa auxilia suas ações profissionais?

1.6- Publica e/ou divulga os resultados de suas ações profissionais? Por quê? Se sim, em quais espaços?

1.7- Os fundamentos teórico-metodológicos (teoria) apreendidos durante a formação são importantes para a sua intervenção profissional? Por quê? Quais referências teóricas você utiliza como aporte para a sua intervenção?

II- Processo jurídico-político- dimensão técnico-operativa

2.1- Quais as principais demandas que chegam ao Serviço Social, requisitadas pelos usuários do serviço?

2.2- Quais as principais respostas apresentadas por você as demandas requisitadas pelos usuários?

- 2.3- Quais as principais demandas requisitadas pela instituição?
- 2.4- Quais as principais respostas apresentadas por você as demandas institucionais?
- 2.5- Como você avalia as demandas que chegam para você, ou seja, para a profissão? Justifique.
- 2.6- Você consegue trabalhar com grupos? Por quê?
- 2.7- Explique como desenvolve as ações relacionadas a mobilização social, participação e controle social. E como se dá a inserção dos usuários/comunidade neste processo político-organizativo? Como você avalia estas atividades? Caso não desenvolva, quais as razões?
- 2.8- Como você organiza/sistematiza seu processo de trabalho? (Fale sobre seu objeto de trabalho, o planejamento da intervenção, dos instrumentos utilizados e da documentação do processo interventivo (diário de campo, fichas, estudos, relatórios)).
- 2.9- Consegue exercer a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade? No caso específico de sim, como, com quais profissionais, quais as ações desenvolvidas? Se não, por quê?
- 2.10- Quais acarbouços legais da saúde e da profissão você faz uso e considera possíveis de serem materializados? Justifique e exemplifique.
- a) Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde;
 - b) ECA, Estatuto do idoso, LOAS, Lei nº 8.80/1990, Lei nº 8.142/1990, demais legislações sociais;
 - c) Código de Ética profissional (principalmente os princípios fundamentais), Lei de Regulamentação da profissão (Lei nº 8662/1993), Diretrizes Curriculares de 1996;
 - d) Outros. Quais
- 2.11- Considera suas condições de trabalho adequadas para responder as demandas? Por quê? O trabalho atende a indicadores e/ou metas?
- 2.12- Já com relação a APS qual sua concepção? Quais os limites da APS no contexto atual?
- 2.13- Quais as possibilidades (meios e estratégias) existentes para o enfrentamento dos limites institucionais e da política de saúde? Você possui autonomia profissional?

III- Participação política organizativa

- 3.1- Qual a sua concepção sobre o CFESS/CRESS e qual seu envolvimento nestas entidades?
- 3.2- E sobre movimentos sociais e partidos políticos, qual a sua concepção e envolvimento?
- 3.3- Qual a sua compreensão acerca do PEPSS? Considera que ele é possível ser materializá-lo no exercício profissional? Por quê?

ANEXO – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: “O Projeto Ético-Político do Serviço Social: materialização na saúde no município de Aracaju/SE” que será desenvolvida por Vivia Santos Santana, aluna do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe. A pesquisa será orientada pela professora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, Dra. Rosangela Marques dos Santos. A pesquisa tem por objetivo analisar como vem ocorrendo a materialização do Projeto Ético-Político do Serviço Social na saúde na atenção primária, no município de Aracaju/SE. O estudo será desenvolvido através da aplicação de formulário de entrevista, com alguns assistentes sociais que atuam nas USF's Aracaju/SE. Para facilitar o processo da entrevista, a mesma será gravada.

Destaca-se que o estudo proposto contempla todos os requisitos éticos previstos nas legislações e enfatiza-se que os dados gerados, bem como, os resultados finais do estudo serão disponibilizados para você. Desse modo, serão respeitados todos os aspectos éticos, presentes na Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, e Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, ambas do Ministério da Saúde- Brasília- DF. O sigilo absoluto da sua identidade será garantido, no entanto, solicita-se seu consentimento para que os resultados obtidos nesta pesquisa sejam divulgados e apresentados em congressos ou publicações. **Em nenhum dos casos haverá a identificação dos participantes.**

Ressalta-se que os riscos e desconfortos mínimos desta pesquisa são: ausência de privacidade no momento da entrevista; conseguir espaço adequado e possíveis barulhos que possam comprometer o momento da entrevista. Estes riscos e desconfortos serão minimizados, de modo que você é livre para só responder as questões que não lhes cause desconforto, bem como buscar-se-á as melhores condições físicas possíveis para a realização da entrevista. Já o benefício desta pesquisa trata-se especialmente em oferecer subsídios que possibilitem a reflexão sobre as consequências do contexto da contrarreforma do Estado na

política de saúde e na atuação do assistente social correlacionada à materialização do Projeto Ético Político.

Você tem a liberdade para interromper a sua participação a qualquer momento, sem justificar sua decisão, não ocasionando nenhum dano. Seu nome não será divulgado, a participação no estudo não acarreta custo e nem recebimento de dinheiro. O pesquisador responsável pela pesquisa e a orientadora estão disponíveis para dúvidas ou esclarecimentos: Vivia Santos Santana, tel: (79) 3194-6357 e Rosangela Marques dos Santos, tel: (79) 3194-6357.

Após estes esclarecimentos, Eu _____, fui devidamente orientado, informado e esclarecido sobre a pesquisa como: procedimentos nela envolvidos, possíveis riscos e benefícios resultantes de minha participação. Aceito e concordo em participar do estudo “O Projeto Ético-Político do Serviço Social: materialização na saúde no município de Aracaju/SE”, que será desenvolvido por Vivia Santos Santana e orientado pela professora da Universidade Federal de Sergipe, Dra. Rosangela Marques dos Santos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso ocasione nenhum dano. Declaro, para os devidos fins, consentir com a publicação e apresentação dos dados decorrentes desta pesquisa, sem identificação nominal de nenhum participante.

Aracaju, ____ de _____ de ____

Assinatura do Participante